27

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1915 **THÈSE** N°

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

LES

Adénopathies Cervicales chroniques

chez les enfants hérédo-syphilitiques

PAR

Yvonne POUZIN

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE NANTES
ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS
ANCIEN MONITEUR DE TUBAGE ET DE TRACHÉOTOMIE A L'HÔPITAL BRETONNEAU

Née à Nantes, le 20 février 1884

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Ar^t).
—
1915

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU. BAR.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. RIBEMONT-DESSAIGNE.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERI.	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBÉ Henri	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE.	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECENE	NOBECOURT	TANON
DESMAREST	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
GOUGEROT	LENORMANT	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GREGOIRE	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
		RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de gratitude pour leurs sacrifices et leur dévouement incessant.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR ROGER

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Chevalier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE M. LE DOCTEUR MÉNARD

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL MARITIME DE BERCK-SUR-MER

Chevalier de la Légion d'honneur

En remerciement des bons conseils qu'il a bien voulu nous donner pour ce travail.

A MON MAITRE M. LE DOCTEUR GUINON

MÉDECIN DE L'HÔPITAL BRETONNEAU

Chevalier de la Légion d'honneur

Hommage de profonde reconnaissance pour l'affectueux intérêt qu'il nous a toujours témoigné et pour l'enseignement que nous avons reçu de lui.

A MES MAITRES MM. LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX DE NANTES

1905-1906. — M. le Professeur Poisson.
M. le Docteur G. Sourdille.

Externat

1906-1907. — M. le Docteur G. Sourdille.
M. le Professeur Montfort.

Internat

1907-1908. — M. le Professeur Dianoux.
M. le Professeur Vignard.

A MM. les Docteurs Chastenet de Géry, Guilbaud, Léon Sourdille, Amédée Monnier, Texier, Gourdet, Jouon.

Externat

1909-1910. — M. le Professeur Roger.
(Hôpital de la Charité).

1910-1911. — M. le Docteur Guinon.
(Hôpital Bretonneau).

Internat provisoire

1911-1912. — M. le Professeur Roger.
(Hôtel-Dieu).

M. le Docteur Josué.
(Hôpital de la Pitié).

M. le Docteur Balzer.
(Hôpital Saint-Louis).

M. le Docteur Variot.
(Hospice des Enfants-Assistés).

Internat

1912-1913. — M. le Docteur V. Ménard.
(Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer).

1913-1914. — M. le Docteur Galliard,
(Hôpital Lariboisière).

Août-Octobre 1913. — M. le Docteur Doleris.
(Hôpital Saint-Antoine).

1914-1915. — M. le Docteur Guinon.
(Hôpital Bretonneau).

MM. les Docteurs Calvé, de Berck ; Andrieu, de de Berck ; Lance, Funck-Brentano, Cathala, Nobécourt, J.-Ch. Roux, P.-E. Weil, Clovis Vincent, Lardennois, Mathieu.

LES ADÉNOPATHIES CERVICALES CHRONIQUES

CHEZ LES ENFANTS HÉRÉDO-SYPHILITIQUES

INTRODUCTION

Pendant l'année que nous avons passée à Berck, notre Maître M. Ménard a souvent attiré notre attention sur les lésions de syphilis héréditaire pouvant simuler la tuberculose. Il n'est pas rare de voir à l'Hôpital Maritime, des enfants envoyés à la mer pour tuberculose osseuse, articulaire, ganglionnaire ou cutanée qui sont des hérédo-syphilitiques ; les lésions dont ils sont porteurs, parfois depuis plusieurs années, et qu'une cure marine n'a nullement améliorées, guérissent en quelques mois par le traitement iodo-mercuriel.

Mais il faut en établir le diagnostic, parfois délicat, et pour cela, avant tout, penser souvent, très souvent à la syphilis héréditaire.

Dans les lésions osseuses ou articulaires, le diagnostic clinique s'impose assez souvent ; la radiographie apporte un concours précieux en permettant de différencier les lésions tuberculeuses des lésions syplitiques.

Le diagnostic est plus difficile dans les affections

ganglionnaires et ce sont ces cas qui nous ont intéressée. Nous avons étudié un certain nombre de malades à Berck dans les services de M. Ménard et de MM. Calvé et Andrieu et continué nos observations à Paris dans le service de notre maître M. Guinon à l'hôpital Bretonneau.

Existe-t-il des adénites dues à la syphilis héréditaire ?

Chez un hérédo-syphilitique, peut-on affirmer qu'une adénite chronique est de nature syphilitique ?

L'hérédo-syphilitique, peut-il être en même temps tuberculeux ? et s'il est à la fois syphilitique et tuberculeux, quelle est la nature de son adénite ? est-ce de la tuberculose ? est-ce de la syphilis ? n'est-ce point une lésion mixte ? ne peut-on pas penser qu'une adénite tuberculeuse prend des caractères spéciaux du fait qu'elle évolue sur un terrain syphilitique et réciproquement ?

Nous n'avons pas la prétention de solutionner ce problème posé et discuté depuis longtemps déjà par des maîtres éminents. Mais nous avons cru intéressant de condenser dans la mesure du possible, les travaux antérieurs touchant à ce sujet.

Les progrès scientifiques mettant à notre disposition de nouveaux procédés d'investigation, nous avons voulu contrôler par des méthodes biologiques le diagnostic clinique lorsqu'il était facilement établi, et surtout essayer de nous rendre compte dans quelle mesure, ces méthodes pouvaient rendre service dans les cas où le diagnostic reste douteux.

Nous avons donc pratiqué systématiquement la

réaction à la tuberculine et la réaction de Wassermann, (avec la collaboration du docteur Strœhlin) chez des enfants présentant des adénites cervicales chroniques, ayant ou n'ayant pas des stigmates ou des lésions de syphilis héréditaire. Ce sont ces observations que nous rapportons et que nous cherchons à interpréter.

Après avoir dit quelques mots du diagnostic et du traitement qu'il est utile d'instituer chez les enfants hérédo-syphilitiques nous verrons quelles conclusions il nous est possible de tirer de ce modeste travail.

CHAPITRE I

Evolution de la question

Dans l'historique de notre sujet s'intriquent deux chapitres, d'une part celui des adénites cervicales, d'autre part celui de la syphilis héréditaire, en particulier dans sa forme tardive.

L'histoire des adénites cervicales se confond pendant une longue période avec celle de la scrofule : c'est donc l'historique de cette dernière que nous aurons à faire jusqu'à ce qu'apparaisse la notion des tuberculoses locales.

Nous ferons ensuite l'historique de la syphilis héréditaire.

Un troisième chapitre montrera comment furent compris à différentes périodes les rapports de la scrofule ou de la tuberculose et de la syphilis dans leurs manifestations ganglionnaires.

I

La Scrofule

Sans vouloir rappeler les longues discussions auxquelles la scrofule a donné lieu, nous devons indiquer comment a évolué l'interprétation donnée aux engorgements cervicaux ganglionnaires. Nous verrons l'établissement et le démembrement de la scrofule, en tant que « maladie constitutionnelle » ; nous verrons aussi que depuis plus d'un demi-siècle, les auteurs attirent l'attention sur la confusion possible entre les « écrouelles » et les engorgements ganglionnaires de nature syphilitique.

Les « scrofules » ont été connues et dénommées dès la plus haute antiquité.

Le mot scrofule vient du latin, *scrofa*, truie... Chez les Grecs, le mot Χοῖρος qui a la même signification, exprimait également les engorgements ganglionnaires du cou, si communs dans l'espèce porcine. Les Arabes en ont donné la description sous le nom de *scrophulae*.

Notons que les Latins désignaient aussi les tumeurs ganglionnaires sous le nom de *struma*, goître, englobant probablement sous cette dénomination toute augmentation de volume du cou, quelle soit goîtreuse ou ganglionnaire.

Le moyen-âge transforme le mot de *scrofules* en celui d'*écrouelles*.

A cette époque les scrofules ou écrouelles sont envisagées comme une maladie de la seconde enfance con-

sistant en « une inflammation torpide des glandes cervicales avec tendance suppurative et cachexie constitutionnelle ».

Cette cachexie fut longtemps imputée aux scrofules elles-mêmes ; mais à la fin du dix-huitième siècle, c'est la maladie constitutionnelle qu'on a rendue responsable de la production des scrofules, ces dernières ne se déclarant en somme, que dans des circonstances tout-à-fait aléatoires, et ne jouant qu'un rôle épisodique sur une scène incomparablement plus large.

Une pareille révolution dans la doctrine traditionnelle devait avoir d'abord pour résultat de changer le nom de la maladie ; mais pour conserver quelque chose du passé, on substitua tout simplement un singulier à un pluriel, et le nom de l'affection circonscrite qu'on appelait les *scrofules* ou les *écroulles* fut remplacé par celui de *la scrofule* affecté à la maladie originelle.

Les médecins anglais du dix-huitième siècle ont adopté les premiers cette manière de voir ; il n'en est pas moins vrai que c'est en France que l'idée de diathèse, en matière de scrofule, a trouvé ses prôneurs les plus assidus ; les travaux mémorables de Guersant, Milcent, Rayer, Hardy, Bazin en font foi.

L'histoire de la scrofule avait déjà suscité bien des recherches, mais aucune œuvre importante, aucun livre n'avait encore été consacré exclusivement à la question, lorsqu'en 1749, l'Académie royale de chirurgie mit au concours le sujet suivant: «*Déterminer les caractères des tumeurs scrofuleuses, leurs signes, leur cure* ».

Des mémoires présentés, sont restés ceux de Faure (de Lyon), de Charmetton et de Bordeu. En 1753, Bordeu publie sa « Dissertation sur les écrouelles » ; en 1767, il soigne à Barèges les écrouelleux par le mercure.

Hunter fait entrer dans le cadre de la scrofule un grand nombre de maladies et considère les scrofules comme des complications de la syphilis.

Russell (d'Edimbourg) en 1808, Nicolas Chambon de Montaux, en 1815, parlent du « vice écrouelleux ». Baumès, trouve que le scrofule, s'aggravant de syphilis est justiciable du traitement hydrargyrique. Il rapporte même l'observation d'un enfant hérédo-syphilitique phtisique guéri par lui à l'aide du mercure.

En 1855, Bazin publie son livre « De la scrofule considérée comme unité pathologique ».

En 1861 paraissent ses mémoires « Leçons sur la scrofule ». Dans la classification des maladies qu'il y donne, il fait entrer la « scrofule » dans le premier groupe des maladies constitutionnelles avec la syphilis et l'arthritis.

La syphilis et la scrofule, dit-il, ne peuvent être niées comme unités pathologiques.

Pour lui « la scrofule est une maladie constitutionnelle, non contagieuse, le plus souvent héréditaire, d'une durée ordinairement fort longue se traduisant par un ensemble d'affections variables de siège et de modalité pathogénique, qui ont cependant pour caractères communs, la fixité, la tendance hypertrophique et ulcéreuse et pour siège ordinaire les systèmes tégumentaire (peau et muqueuses), lymphatique et osseux ».

Et traduisant l'état d'esprit nouveau de son époque il ajoute, après quelques mots d'historique « ainsi dès les premiers temps, l'attention avait été fixée sur les tumeurs cervicales, qui constituent la forme la plus apparente de la scrofule, mais les tumeurs ganglionnaires ne sont qu'une des manifestations de la maladie scrofuleuse ».

Dans plusieurs de ses leçons, Bazin touche le sujet qui nous intéresse. C'est ainsi que parlant des manifestations diverses de la scrofule, il dit : « La multiplicité, la diversité des symptômes et des lésions qui caractérisent la scrofule, l'irrégularité de sa marche, expliquent les erreurs grossières de diagnostic. Tous les jours, *certaines de ses manifestations sont confondues avec celles de la syphilis* et de la « dartre », confusion que l'âge d'apparition des lésions rend encore plus facile, la scrofule et la syphilis héréditaires débutant dans l'enfance dans le plus grand nombre des cas ».

Il revient sur cette confusion possible lorsqu'il traite des manifestations ganglionnaires cervicales. Il rappelle d'abord que « l'écrouelle est un des symptômes les plus importants de la scrofule : c'est le type des affections strumeuses », il note que « les affections ganglionnaires et lymphatiques ne s'observent que dans deux maladies constitutionnelles : la scrofule et la syphilis » et ayant dit que le diagnostic des *écrouelles* est en général aisé, il ajoute : « Toutefois j'ai la conviction que *beaucoup d'engorgements cervicaux latéraux et antérieurs pris journellement pour de la scrofule, sont des engorgements de nature syphilitique.* »

Si Bazin compare la tuberculose et la scrofule c'est pour les séparer nettement. Parlant des lésions pulmonaires il distingue la *phtisie scrofuleuse*, *symptomatique* de la *phtisie essentielle* ou diathèse tuberculeuse.

Quant au tubercule que l'on rencontre dans les lésions scrofuleuses, et qui est peut-être semblable au tubercule de la phtisie essentielle, c'est pour lui une forme de lésion anatomo-pathologique ; l'identité de lésion ne suffit pas à prouver que le tubercule soit toujours le résultat de la même maladie. Le tubercule ne peut servir à identifier deux maladies si différentes ; pour lui : « La scrofule est une maladie, la tuberculose en est une autre ».

La scrofule est donc bien à cette époque une entité morbide ; nous allons la voir en quelques années se démembrer au profit de la tuberculose.

Les travaux d'histologie pathologique se succèdent ; la clinique de la tuberculose s'enrichit des notions d'inoculabilité, de contagiosité.

Il faut citer, entre beaucoup d'auteurs Villemin, Cornil, Ranvier, Ch. Bouchard, Thaon, Grancher ; tous se préoccupent des rapports de la tuberculose et de la scrofule et cette dernière se désagrège peu à peu.

En 1871 le mémoire de Friedlander intitulé « Des tuberculoses locales » a surtout pour but de démontrer l'identité de la tuberculose et de la scrofulose.

Schüppel en 1872 décrit la tuberculose locale ganglionnaire.

En 1881, Colas, dans sa thèse, conclut que l'adénite externe dite scrofuleuse est de nature tuberculeuse.

En 1882, cette question est mise à l'ordre du jour de la Société des Hôpitaux à l'occasion d'un mémoire de Grancher où l'auteur conclut que l'anatomie pathologique et la pathogénie expérimentale s'accordent pour faire rentrer dans la tuberculose, sous le nom de tuberculoses locales, la plupart des lésions dites scrofuleuses. Dans l'importante discussion qui eut lieu, les avis furent partagés.

La découverte du bacille de Koch, en 1882, suscite de nouvelles expérimentations.

De nouveaux travaux nous amènent aux résultats qui, en 1883, sont réunis dans la thèse de Quinquaud :

1° Certaines lésions dites scrofuleuses ne sont le plus souvent, que des tubercules localisés.

2° L'écrouelle est fréquemment tuberculeuse sans être scrofuleuse ; dans certains cas, elle *est syphilitique, acquise ou héréditaire ;*

3°, 4°, 5° (Mêmes conclusions pour les affections osseuses, articulaires, le lupus, les angines).

6° Le facies scrofuleux lui-même n'appartient pas en propre à la scrofule ; il se rencontre également chez les syphilitiques héréditaires.

Dans son article « Tuberculose », écrit en 1884, V. Hanot après avoir montré que la scrofule est dépossédée, au profit de la tuberculose, d'un grand nombre d'adénopathies, d'ostéites, de caries, d'abcès froids, d'arthrites et de synovites fongueuses conclut : « La coïncidence de la scrofule et de la tuberculose est fréquente. Ce rapport s'explique par ce fait que la scrofule est un état général, un terrain favorable à la

germination, au développement de la tuberculose, maladie ayant toutes les apparences des maladies virulentes».

Brissaud, dans l'article « Scrofule » du même Dictionnaire de médecine et de chirurgie, s'exprime en termes identiques.

Un tel changement dans les idées admises vingt ans auparavant, ne pouvait aller sans quelque exagération, et certains firent si bien entrer la scrofule dans le cadre de la tuberculose qu'ils nièrent absolument la scrofule.

Les cliniciens s'élevèrent contre cette tendance.

Hanot estime « qu'on méconnaîtrait la réalité en supprimant du cadre nosologique, la *scrofule* qui est née d'une idée clinique.

Il est curieux de constater qu'avec des idées semblant tout à fait opposées, Bazin n'était pas si loin de la notion qui reste alors de la scrofule : une prédisposition, un terrain, un tempérament.

C'est donc si l'on veut une question de mots, car parlant de l'influence du tempérament, il dit : « Tous les tempéraments sont également exposés à toutes les maladies constitutionnelles ; mais on peut dire que le tempérament a de l'influence sur la forme ; ainsi le tempérament lymphatique prédispose aux engorgements glandulaires, aux bubons, dans la syphilis comme dans la scrofule ».

Nous trouvons donc que si, dans l'œuvre de Bazin, on réserve le nom de scrofule au tempérament lymphatique et qu'on appelle tuberculeuses les manifestations dites scrofuleuses, le tableau clinique toujours

exact, répond à nos idées actuelles. Cela a pour nous, son importance, car lorsque l'auteur insiste sur les différents caractères ou sur la confusion possible des adénopathies syphilitiques et des adénopathies scrofuleuses, nous nous croyons autorisés à traduire ce dernier terme par celui d'adénopathies tuberculeuses.

Cette notion du terrain scrofuleux persiste dans les travaux plus récents, qu'ils traitent des rapports de la scrofule et de la tuberculose ou de la scrofulo-tuberculose et de la syphilis. Citons, parmi les nombreux auteurs, les noms de ceux qui ont plus particulièrement attiré notre attention : Ramonat, Lefèvre, Guibout, Laloir, Bouvet, Neisser, Patoir, Gastou, Sergent, de Dominicis, Barthélemy.

II

La syphilis héréditaire

La transmission du « mal français » était connue des syphiligraphes du seizième siècle : « La maladie, dit Paracelse, devient héréditaire et passe du père au fils » ; « c'est, ajoute-t-il, un mal horrible, plus héréditaire que la lèpre » : Fallope, à la même époque, indique assez par les termes dont il se sert, qu'il a vu des nouveau-nés atteints par la syphilis et qu'il n'exprime pas seulement une opinion théorique : « Vous verrez les petits enfants qui naissent d'une femme infectée porter la peine

des péchés de leurs parents : ils ont l'air d'être à demi brûlés par l'eau bouillante ».

Rondelet, en 1560, avait vu « le corps de ces petits êtres couverts, à la naissance, des pustules du mal français ».

Admise presque sans contestation par les médecins des âges suivants, l'hérédité de la syphilis fut cependant niée par Hunter qui ne croyait pas à la transmission des accidents constitutionnels.

Les syphiligraphes du dix-septième et du dix-huitième siècle connaissaient la syphilis héréditaire. Rosen en avait décrit les principaux signes et Levret avait donné les règles du traitement, mais toutes ces notions étaient encore peu précises.

Ce fut seulement dans les dernières années du XVIII[e] siècle que les travaux se multiplièrent et que des recherches exactes furent entreprises. L'hôpital de Vaugirard (1780) destiné à recevoir les femmes syphilitiques enceintes et leurs enfants, fut le premier centre d'une école d'observation, d'où sont sortis les ouvrages ou mémoires de Faguer (1783), Leblanc (1803), Pelletier (1804), Bertin (1810) ; ce sont ensuite les travaux de Trousseau et de Lassègue (1847), de Gubler (1852) et en 1857 le premier mémoire de Hutchinson qui attirent de nouveau l'attention sur cette question.

Après les monographies de Diday et de Putégnat (1854) le mémoire de Roger (1865) arrive la série d'études que le professeur Parrot a poursuivies pendant de nombreuses années sur tous les sujets qui se rapportent à l'hérédité syphilitique.

La thèse de Blaise en 1883 résume bon nombre de ces travaux.

Enfin c'est en 1886 que le Pr Fournier publie ses leçons sur « la syphilis héréditaire tardive » étude clinique admirable où toutes les manifestations sont précisées et discutées. Nous croyons, que depuis, on n'a rien retranché et bien peu ajouté à cette étude, au point de vue clinique.

Malgré ces nombreux travaux sur la syphilis héréditaire en général, ce n'est que tardivement et d'une façon légère que l'attention est attirée sur les adénopathies.

S'il s'agit d'hérédo-syphilis précoce, G. Homolle dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie (1884), dit seulement : « En général, on ne trouve des ganglions un peu volumineux que dans les régions correspondant aux lésions cutanées. Les observations toutes récentes de Doyen (1883) montrent que l'adénopathie est quelquefois généralisée ; que l'hypertrophie des ganglions mésentériques et bronchiques, lombaires et iliaques et, quelquefois des glandes de l'aine, de l'aisselle et du cou, est beaucoup moins rare qu'on ne le croyait généralement. » et ailleurs « Quelques observations signalent *l'hypertrophie des ganglions lymphatiques* superficiels ou profonds chez les nouveau-nés syphilitiques.

S'il s'agit d'hérédo-syphilis tardive, l'adénopathie cervicale et trachéo-bronchique est signalée, pour la première fois semble-t-il, par Rivington (1872) et cependant

Fournier commence ainsi le chapitre sur « les adénopathies, fausse scrofule ganglionnaire » : « Je n'énoncerai qu'un fait de notoriété commune en disant que les sujets hérédo-syphilitiques sont éminement prédisposés aux engorgements ganglionnaires. De cela témoignent la plupart des observations contenues dans la science. »

Fournier trace ensuite le tableau clinique des adénopathies de la syphilis héréditaire tardive, se demande quelle est leur nature, et insiste sur l'erreur fréquemment possible de les prendre pour des engorgements scrofuleux.

Heubner, en 1896, signale la présence chez le nourrisson syphilitique de ganglions cubitaux palpables. Chez les enfants atteints de syphilis héréditaire tardive il « constate indubitablement une hypertrophie marquée des ganglions cubitaux » et le fait se présente avec une fréquence telle qu'il se croit autorisé à incriminer la syphilis.

Bouvet, en 1900, insiste sur la difficulté de diagnostic entre les adénopathies tuberculeuses et les adénopathies de la syphilis héréditaire.

En 1912 enfin, au congrès français de chirurgie, M. Ménard montre que la syphilis tertiaire congénitale ou acquise des ganglions du cou simule souvent la tuberculose.

III

Rapports de la scrofulo-tuberculose et de l'hérédo-syphilis

Nous devons dire d'un mot comment furent différemment appréciés les rapports de la syphilis héréditaire et de la scrofule.

Une opinion qui eut cours pendant longtemps fut que la syphilis pouvait se transformer en scrofule. La syphilis des parents pouvait être la cause d'écrouelles chez les enfants.

Ainsi, en 1699, Ucay disait en parlant de la syphilis : « C'est de là que viennent tant de maladies héréditaires, tant de tumeurs scrofuleuses, tant de vieux ulcères, tant de gouttes et de rhumatismes ».

En 1736, Astruc n'admet pas la transmissibilité de la syphilis proprement dite, mais fait provenir, de la syphilis dégénérée, la *scrofule*, le rachitisme et la *tuberculose*.

En 1759, un médecin portugais, Sanchez, y voit l'origine de tant de maux d'yeux, d'*écrouelles*, tant de gens avec des épaules de travers, avec l'épine dorsale courbée de mille façons, les jambes crochues, une petite taille mince, sans muscles prononcés et sans consistance.

En 1765, un des élèves de J.-L. Petit dit que le germe de la maladie peut se manifester par des symp-

tômes étrangers à la syphilis, tels que *écrouelles*, rachitis, scorbut.

En 1805, Baumès, signale la possibilité de l'apparition des marques de la syphilis héréditaire non seulement chez celui à qui est échu ce triste partage, mais encore chez ses descendants pendant plusieurs générations et sous forme d'accidents *scrofuleux* et dartreux de toute sorte.

Jusqu'à cette époque, cette opinion ne semble pas rencontrer de sérieux contradicteurs, mais peu à peu les idées changent et c'est assez rapidement qu'on abandonnera cette croyance de la transformation de la syphilis chez les descendants.

Wilson, en 1857, Jordan, en 1867, admettent qu'il est impossible de confondre la nature des deux maladies, et qu'on n'est pas autorisé à considérer la scrofule comme un rejeton ou une transformation de la syphilis. « C'est une erreur de croire, dit Bazin, que la syphilis peut engendrer la scrofule ». Mais tout en niant, les relations directes des deux affections, la plupart des auteurs reconnaissent que la syphilis des parents, peut, *comme toute cause débilitante*, favoriser le développement de la scrofule chez les enfants ; c'est l'opinion de Lugol, de Diday, de Graves, de Jaccoud, de Fournier.

Fournier a montré qu'à côté de l'hérédo-syphilis précoce ou tardive, il fallait faire une large place aux tares dystrophiques ; les enfants ayant hérité du terrain syphilitique, souvent chétifs et malingres, sont désignés aux coups de la maladie.

Ce n'est pas l'opinion d'Hutchinson et de Paget qui n'admettent pas que la syphilis héréditaire prédispose d'une façon spéciale « à la strume ou à la phtisie. »

La question est discutée de nouveau au Congrès international de médecine en 1900.

Pour Neisser, la tuberculose ganglionnaire évoluant chez des syphilitiques peut provoquer dans les glandes, des manifestations sérieuses et aggraver ainsi la marche de la syphilis ; mais plus fréquemment l'inverse se produit, c'est-à-dire que la syphilis favorise l'éclosion et l'évolution de la tuberculose. Il parle surtout des adultes et de la syphilis acquise, mais il cite Hoschinger qui a observé chez les enfants hérédo-syphilitiques des formes de tuberculose anormales et très malignes.

Il rappelle qu'Augagneur, en 1897, Portucalis, ont émis une opinion inverse et pensent à un antagonisme spécifique entre les produits secrétés sous l'influence de la syphilis et ceux que fait naître la tuberculose.

Hallopeau, au même congrès international dit : « Un sujet atteint de syphilis peut contracter une autre maladie infectieuse sans que celle-ci imprime, à sa syphilis, ni qu'elle en reçoive, aucune modification ; il y a en pareil cas concomitance et non association ; c'est ainsi que nous avons vu des lichens de Wilson, des psoriasis, des tuberculoses cutanées ou linguales, présenter chez des syphilitiques, leurs caractères typiques ; de même on voit la syphilis et la lèpre évoluer parallèlement sans se modifier. »

Parfois cependant il y a influence réciproque des deux maladies et après avoir étudié à ce point de vue la syphilis et les tuberculides, la syphilis et la tuberculose pulmonaire, il dit pour la syphilis et les adénopathies tuberculeuses : « Il est d'observation que chez les sujets dits scrofuleux, les adénopathies syphilitiques prennent des caractères particuliers. La syphilis héréditaire constitue seulement, plus souvent, un terrain favorable à la tuberculose ».

Rappelons encore l'opinion de De Dominicis, au Congrès de la tuberculose de 1905 : « La syphilis, maintes fois latente est le substratum de la plus grande partie des maladies. Surtout le rachitisme et la tuberculose, de préférence chez les enfants, sont cultivés sur un terrain syphilitique. »

Enfin, Sergent, la même année, donne une nouvelle étude très complète sur les rapports de la syphilis et de la tuberculose. Nous devons nous borner à en résumer les principaux passages. Il montre que ces deux maladies contagieuses chroniques, incontestablement les plus répandues dans nos pays, ne sont pas incompatibles et qu'il n'est pas étonnant de les trouver fréquemment associées chez le même individu.

« Certaines de leurs localisations offrent des caractères symptomatiques tellement comparables, qu'il est parfois malaisé de reconnaître si la lésion observée est de nature syphilitique ou tuberculeuse ; a fortiori, ce diagnostic difficile devient plus difficile encore, lorsque le sujet est en même temps syphilitique et tuberculeux. »

Si la tuberculisation directe (au niveau d'ulcérations cutanées ou muqueuses déterminées par la syphilis) est rare, la tuberculisation indirecte l'est moins. La syphilis crée un terrain d'élection pour la tuberculisation ».

Dans les premiers mois ou à la période secondaire d'une syphilis acquise, le malade est une proie facile pour la tuberculose.

« A la période tertiaire ou plus tard l'organisme a retrouvé son équilibre ; cependant il reste imprégné : cette imprégnation latente, qui crée une immunité acquise, vis-à-vis des chances de réinfection, crée, au contraire, à mon sens, un état de réceptivité toute spéciale vis-à-vis des chances de contamination tuberculeuse : elle est le « terrain syphilitique », sorte d'état humoral procédant d'une syphilis ancienne et éteinte et transmissible à la descendance ».

Pour Sergent, ce terrain est transmissible au même titre que la syphilisation ; d'où deux sortes d'hérédité : hérédité complète, virus et terrain, qui se manifestera chez l'enfant, par des lésions syphilitiques ; hérédité incomplète, par le terrain seulement. « La notion de l'hérédité de terrain permet de concevoir pourquoi les enfants des syphilitiques présentent une prédisposition toute spéciale à la phtisie, en même temps qu'elle resserre les liens qui unissent indiscutablement l'hérédo-syphilis à la scrofule et aux tuberculoses locales. La prédisposition à la phtisie n'est pas fatale, elle suppose la transmission d'une faiblesse de constitution inhérente

au terrain syphilitique : or beaucoup d'enfants de syphilitiques sont parfaitement robustes ».

Que sont les lésions chez l'hérédo-syphilitique ? « Entre les cas extrêmes, nettement différenciés, de la scrofule et de la syphilis, il y a place pour toute une échelle de faits intermédiaires, dont le substratum trouve son expression dans l'ancien « *scrofulate de vérole* » de Ricord. Il y a des cas où les deux maladies peuvent évoluer simultanément, soit sous forme de lésions voisines ou distinctes, soit sous forme de lésions hybrides ».

On voit que toutes les opinions ont été émises sur le sujet qui nous occupe. On nous excusera de cette étude un peu longue sur l'évolution de la question, mais elle nous a semblé utile.

Elle nous a permis d'abord de puiser des notions importantes dans les travaux qui se sont succédés depuis un demi-siècle ; en nous montrant les divergences d'opinion, elle nous fait voir combien cette question a été et est encore difficile à démêler : elle est encourageante parce que l'on voit cependant peu à peu le jour se faire, et qu'elle permet d'espérer qu'un jour les résultats plus nombreux et plus précis de l'expérimentation, de l'anatomie pathologique et de l'histologie, de nouveaux procédés biologiques permettront de connaître exactement la nature des lésions que nous étudions. On voit combien encore il serait vain de prétendre trancher définitivement la question.

Voyons seulement si nos observations peuvent apporter quelques notions nouvelles.

CHAPITRE II

Etude des réactions biologiques de diagnostic

Nous n'avons rapporté que les observations des enfants chez lesquels nous avons fait la réaction de Wassermann et la réaction à la tuberculine.

I

Syphilis

Quelle valeur faut-il attribuer aux procédés biologiques dans le diagnostic de l'hérédo-syphilis infantile ?

a) *Réaction de Wassermann.* — Pourquoi nous sommes-nous servi de la réaction de Wassermann ?

De nombreux travaux ont été faits à ce sujet.

Ce sont d'abord les recherches de Bauer, qui portent sur deux cents examens ; dans 22 cas, cet auteur obtint

une réaction positive, et chez les 22 enfants des manifestations syphilitiques existaient ou se sont montrées dans la suite.

Bar et Daunay en 1909 ont publié les expériences faites chez le nouveau-né. Ces recherches ont été faites chez des enfants issus pour la plupart de mères manifestement syphilitiques ou soupçonnées de syphilis et chez quelques nouveau-nés issus de mères absolument saines.

Bar et Daunay tirent de leur travail les conclusions suivantes :

1° Dans les cas où la syphilis est chez la mère, d'origine relativement récente et postérieure à la conception, le résultat de la réaction de Wassermann est plus positif chez elle que chez l'enfant.

Chez la mère, positif dans 77 pour 100 des cas.

Chez l'enfant, positif dans 62,29 pour 100 des cas.

Ceci correspond à ce que nous savons, par la clinique, de la syphilis post-conceptionnelle : le fœtus nait généralement indemne de toute manifestation d'hérédosyphilis.

2° Inversement dans les cas où la syphilis maternelle est non floride, seulement probable ou suspectée, la proportion des résultats positifs est plus grande avec le sérum des enfants qu'avec celui des mères ».

Chez la mère, résultat positif 4, 37 p. 100 des cas.

Chez l'enfant, résultat positif 28, 57 p. 100 des cas.

Comme le font remarquer Bar et Daunay, il est préférable de ne tenir compte que des résultats très franchement positifs ; la fréquence des résultats partiels ou

douteux, obtenus avec le sérum d'enfants nés de mères saines et paraissant sains, donne à penser que chez le nouveau-né, des facteurs particuliers peuvent modifier la réaction : un sérum chargé de pigments biliaires ou lactescent serait susceptible de retarder l'hémolyse. Cette réserve faite, il n'en est pas moins très intéressant de constater que lorsque la réaction est franchement positive, elle permet de dépister des hérédo-syphilis latentes que l'examen clinique, à lui seul, aurait laissé inaperçues.

Bar et Daunay citent en particulier l'observation d'un enfant dont la syphilis ne pouvait être mise hors de doute : issu de père et de mère syphilitiques, il avait présenté lui-même quelques semaines après sa naissance des manifestations franchement spécifiques. Or cet enfant arrivé à l'âge de seize mois, était de magnifique apparence ; l'examen le plus minutieux ne pouvait déceler chez lui la moindre trace d'hérédo-syphilis ; seule, une réaction de Wassermann positive était le témoin de l'infection latente.

3° Une dernière conclusion importante, c'est que la réaction de Wassermann, négative au moment de la naissance, peut devenir positive plus tard, au moment où la syphilis produit ses premières manifestations.

Les recherches de Thomsen et Boas sont basées sur 32 observations, dans lesquelles l'examen du sérum de la mère et de l'enfant a été fait parallèlement, ou dans des cas d'hérédo-syphilis tardive. Elles prouvent d'abord la valeur de la méthode : chez les hérédo-sy-

philitiques avérés, le résultat a été constamment positif, alors qu'il est négatif chez tous les sujets sains. Thomsen et Boas insistent eux aussi sur ce fait qu'on obtient le séro-diagnostic positif chez des enfants qui ne présentent aucun stigmate de la maladie, et même alors que le sérum de la mère donne une réaction négative (ils ont obtenu ce résultat dans trois cas). Enfin ce qui nous intéresse particulièrement c'est que des hérédo-syphilitiques âgés de treize à vingt ans ont donné d'une façon constante une réaction positive, et que les auteurs estiment que les résultats sont tout aussi probants dans l'hérédo-syphilis tardive qu'au moment de la naissance.

L'excellent travail de Bertin et Gayet, en 1910, repose sur 328 observations classées en trois séries.

1re Série. — Sur 25 enfants présentant des signes bien nets d'hérédo-syphilis et chez lesquels le diagnostic paraissait certain, 24 ont eu une réaction de Wassermann positive, soit 96 0/0.

Le seul cas négatif se rapporte à un enfant ayant cependant des lésions destructives du squelette nasal et des malformations dentaires bien caractéristiques.

2e Série. — La réaction fut positive chez 48 malades qui ne présentaient que quelques signes permettant de soupçonner, et non d'affirmer, l'hérédo-syphilis.

3e Série. — Chez 255 enfants, soit absolument sains, soit atteints d'affections les plus diverses, aiguës ou chroniques, franchement distinctes de l'hérédo-syphilis, la réaction est restée négative.

Il est intéressant de constater que la clinique et la

réaction de Wassermann furent absolument concordantes dans la 1re et dans la 3e séries et que dans 48 cas, le diagnostic eut été incertain ou impossible sans le secours de cette méthode.

Aussi Bertin et Gayet concluent fermement :

1° La réaction de Wassermann est positive dans presque tous les cas d'hérédo-syphilis. Il est cependant des cas dans lesquels elle reste négative, malgré l'existence de lésions spécifiques indiscutables.

2° La réaction ne s'obtient que dans l'hérédo-syphilis ou assez rarement dans d'autres affections qui en sont cliniquement très distinctes (scarlatine, lèpre, trypanosomiases). Elle permet donc, lorsqu'elle est franchement positive, d'affirmer le diagnostic, même dans les cas les plus douteux.

Charles Leroux et Raoul Labbé en 1911, après examen de 157 cas par le procédé de Hecht (Bauer modifié) concluent de la même façon :

« *La réaction positive, sauf exceptions connues, implique la quasi certitude de syphilis ; la réaction négative ne permet pas de rejeter le diagnostic de syphilis.* »

Ces auteurs ont trouvé la réaction de Wassermann positive :

dans l'hérédo syphilis précoce 66,6 pour 100 des cas.
» » tardive 85 » »
» » latente 11 » »

Dans la syphilis héréditaire tardive, la réaction positive d'après les observations du Pr Gaucher, s'observe généralement dans les manifestations du type tertiaire,

contrairement à ce qui se passe chez les dystrophiques.

Nous pouvons encore citer quelques statistiques concluantes.

Mulzer et Michaelis : 46 nourrissons avec lésions cutanées et muqueuses — 44+, 2— donc un pourcentage de 95,6.

Holbstädter, Müller et Reiche : 27 observations dans lesquelles le diagnostic clinique est syphilis —25+. 2— donc 92 0/0.

Ledermann : 4 nourrissons et leurs mères. Résultats positifs dans tous les cas.

Behring : 14 cas, enfants et mères : dans 9 cas, W. positif chez la mère et l'enfant ; dans 4 cas, W. positif chez la mère seulement ; dans 1 cas. W. positif chez l'enfant seulement.

Ch. Garein et Ch. Laurent trouvent 80 0/0 chez les hérédo-syphilitiques.

R. Demanche, Mme et M. G. Debré ont examiné 76 enfants hérédo-syphilitiques et ont trouvé 87,5 0/0 résultats positifs.

Pour la syphilis tardive ou latente depuis longtemps, ils trouvent 80 0/0, résultats négatifs.

Baisch trouve 63 + sur 72 mères examinées et ensuite 102 + sur 182 enfants examinés dont 75 sans lésions.

Andronesco et Saratzeano ont examiné le sang de 22 enfants portant tous des lésions ou des stigmates hérédo-syphilitiques.

Ils obtinrent 18 résultats positifs :

Chez 13 nourrissons sur 14, soit 92,8 p. o/o.

Chez 4 enfants sur 4 de 1 à 10 ans, soit 100 p. 100.

Chez 1 enfant sur 4 au-dessus de 10 ans, soit 25 p. 100.

Ils purent examiner 13 mères de ces enfants : 12 eurent une réaction positive.

Tous ces chiffres montrent l'utilité de la méthode sérologique.

b) *Luétine-réaction.* — Une autre méthode fut proposée par Noguchi pour affirmer le diagnostic de syphilis : c'est l'intradermo-réaction à la luétine. Une injection dans le derme de la région deltoïdienne, de un vingtième de centimètre cube d'un mélange à parties égales de luétine (émulsion de cultures pures de treponema pallidum) et de sérum chloruré doit donner chez les syphilitiques une réaction papuleuse pouvant apparaître dans les premiers jours et encore évidente au dixième jour. La réaction peut être torpide et n'apparaîtra que deux à trois semaines après l'injection.

En 1913, Noguchi, résumant ses études sur la luétine-réaction écrit : « Dans les cas de syphilis héréditaire, la réaction est d'ordinaire positive ».

Puisque dans certains cas, la réaction de Wassermann ne confirme pas l'hypothèse d'hérédo-syphilis établie cliniquement, puisque d'autres fois l'examen sérologique surprend par ses résultats qui contredisent pertinemment la négativité de l'examen somatique, cette affirmation si nette de Noguchi devait donner l'espoir que dans les cas litigieux, les données de la clinique et du

laboratoire rencontreraient en la luétine-réaction un arbitre impartial et sans appel.

C'est ce qu'ont voulu rechercher dans leurs travaux Blechmann, Delort et Tulasne. Ils ont publié en 1915 une étude documentée sur la valeur comparée de la réaction à la luétine et de la réaction de Wassermann dans la syphilis héréditaire.

Malgré les difficultés que l'on rencontre pour suivre quotidiennement jusqu'au 20e jour l'évolution de l'intradermo-réaction dans la clientèle hospitalière (envois en convalescence, contagion, occupations ou négligence de la mère, etc.,) les auteurs ont pu avoir un total de 117 cas où ils ont essayé parallèlement les deux méthodes de diagnostic.

Les auteurs concluent :

Que 56,6 o/o des réactions à la luétine positives ont été en désaccord avec la clinique. Cet accord ne s'est établi que dans 43,4 o/o des cas.

Que 25 o/o des cas de réaction de Wassermann positives ont été en désaccord avec la clinique. Cet accord s'est établi dans 75 o/o des cas.

Dans 26 cas de syphilis certaine, la réaction à la luétine est 9 fois positive (c'est-à-dire dans 35 o/o des cas seulement) ; la réaction de Wassermann est 17 fois positive (c'est-à-dire dans 67 o/o des cas).

Dans 24 cas de syphilis douteuse ou probable, la réaction à la luétine est 8 fois positive (30 o/o) ; la réaction de Wassermann est 4 fois positive (15 o/o).

Mais le plus suggestif est le relevé des cas témoins.

Dans 67 cas où l'examen ne révélait aucune tare hérédo-syphilitique, il y en eut 18 qui présentèrent une réaction de Wassermann positive (7 fois) ou douteuse (11) et dont 10 avaient une intradermo-réaction positive. Il reste donc 49 cas dans lesquels la syphilis a été cliniquement et sérologiquement éliminée et dans ces 49 cas, il y eut 20 réactions à la luétine positive.

A la société de dermatologie, MM. Nicolas et Gaté accusaient la réaction de Wassermann de sensibilité par trop universelle, et incriminaient presque la spécificité étiologique de la méthode. Que peut-on dire alors de cette réaction de Noguchi qui *négative dans 65 o/o des cas de syphilis certaine* est *positive dans 42,8 o/o où un examen clinique minutieux et une réaction de Wassermann négative permettent d'éliminer le diagnostic de syphilis* ? La luétine-réaction ne tendrait-elle pas à faire de la syphilis une maladie extensible à l'infini ? MM. Blechmann, Tulasne et Delort étudiant la réaction à la luétine et l'allergie cutanée font quelques réserves sur la spécificité de la réaction.

Donc les auteurs concluent qu' « il n'est pas permis de tenir compte de la réaction à la luétine, tandis qu'une réaction de Wassermann positive à deux reprises différentes dans un cas où la spécificité n'était pas directement en cause, doit toujours faire penser à la syphilis. »

Nous avons donc rejeté la luétine-réaction, trop sensible, et c'est peut-être aussi la grande sensibilité de la méthode de Desmoulières qui nous a fait adopter la méthode de Wassermann.

Nous avons donc utilisé pour nos recherches la réaction de Wasserman qui est l'application à la syphilis de la méthode de déviation du complément de Bordet et Gengou, appelée par Widal : réaction de fixation. La difficulté que nous avions à Berck à nous procurer les globules rouges de mouton, nous a fait adopter le procédé de Noguchi dans lequel le système hémolytique anti-humain remplace le système hémolytique anti-mouton de Wassermann.

Notre antigène a été préparé avec le cœur de bœuf pulpé dégraissé. Noguchi fait remarquer que l'extrait de tissus lipoïdes obtenu avec l'acétone est un meilleur antigène que l'extrait alcoolique de foie entier, ce dernier contenant des substances anticomplémentaires solubles. Nous savons que des études comparatives des deux antigènes n'ont pas contredit l'affirmation de Noguchi.

Nous insistons sur l'importance qu'il y a de faire tous les examens toujours avec le même procédé.

Nous n'avons tenu compte que du résultat positif total ou positif partiel. Le résultat positif douteux a toujours été éliminé et lorsque cela était possible, le malade en question a été soumis à de nouveaux examens sérologiques.

Dans les statistiques données par Noguchi sur les résultats obtenus par sa méthode de séro-réaction, il n'est pas question de la syphilis héréditaire.

En éliminant les cas (au nombre de quatre) où nous pouvons affirmer ou supposer la syphilis acquise, il nous reste 173 observations dans lesquelles la réaction de

Wassermann a été faite. Ces observations englobent les cas d'adénites cervicales chroniques qui sont au nombre de 42 et que nous étudierons spécialement. Mais il nous semble intéressant pour juger la valeur de la réaction d'examiner l'ensemble des cas où nous avons pu la pratiquer. Sur 173 enfants 36 eurent une réaction de Wassermann positive, 137 eurent une réaction négative.

Ce qui donne globalement 26,2 pour 100.

Mais ce qui est intéressant, c'est de voir comment la réaction sérologique confirme ou infirme le diagnostic clinique.

Sur 36 cas présentant des signes de syphilis, (stigmates ou lésions en évolution) : 21 +, 15 — ;

Sur 14 cas suspects de syphilis (syphilis douteuse) ; formes dystrophiques de l'hérédo-syphilis : 9 +, 5 — ;

Sur 123 cas, ne présentant pas de signes de syphilis (enfants atteints d'affections diverses, surtout tuberculeuses articulaires, osseuses ou ganglionnaires) : 2 +, 121 —.

Il faut remarquer que dans le groupe présentant des signes nets d'hérédo-syphilis, se trouvent des enfants ayant déjà subi depuis longtemps un traitement mercuriel. Nous devons ainsi en soustraire six dont deux avaient eu une réaction de Wassermann positive un an et deux ans auparavant.

Il nous reste ainsi 30 cas ayant fourni 21 réactions positives, soit concordance de la clinique et de la réaction de Wassermann dans 70 pour 100 des cas.

Nous avons vu que certaines statistiques ont un

pourcentage beaucoup plus élevé, même l'une d'elle atteint 100 pour 100 (sur 4 cas seulement il est vrai). Nous croyons utile de considérer que sur les 173 cas examinés, nous n'avons que 6 séro-réactions chez des enfants au-dessous de 1 an :

1° Trois enfants, *cliniquement hérédo-syphilitiques* avec éruptions, donnèrent trois résultats positifs. La réaction de Wassermann fut positive chez la mère dans un cas, chez le père dans un autre et elle ne fut pas faite dans le troisième cas.

2° Un enfant de quatre mois n'ayant aucune lésion, mais un état général mauvais avec arrêt de l'accroissement eut une réaction de Wassermann négative.

La réaction fut positive chez la mère.

3° Deux enfants de onze mois, jumelles, présentant depuis l'âge de cinq mois des déformations rachitiques très marquées des membres et du thorax eurent une réaction de Wassermann négative.

La réaction fut négative aussi chez la mère.

Aucun signe de syphilis chez le père.

Nous pensons qu'il faut tenir compte dans les statistiques de l'âge des sujets, la réaction de Wassermann étant presque toujours positive chez le nourrisson ayant des signes nets d'hérédo-syphilis.

On a la possibilité d'augmenter la proportion des cas positifs en pratiquant la réactivation biologique de la réaction de Wassermann, soit par l'injection intraveineuse de 606, soit, bien que cela soit moins décisif, par des injections d'hectine ou par un traitement mercuriel. Nous ne l'avons pas fait, de sorte que la propor-

tion des résultats positifs obtenus est plutôt au-dessous de la réalité.

Mais ce qu'il est plus important de connaître, ce sont les applications de la méthode aux formes frustes de la maladie. Va-t-elle nous permettre de dépister la syphilis latente chez des enfants qui n'en présentent aucun stigmate ?

Peut-elle apporter une notion de spécificité dans cette question si complexe des stigmates dystrophiques, que nombre d'infections ou d'intoxications peuvent réaliser au même titre que la syphilis ? Breton et Raviart, Gayet, Cannac, Petit, etc., ont déjà insisté à juste titre sur l'importance de la réaction dans ces cas.

Dans nos observations nous notons 14 cas où le diagnostic clinique ne pouvant être affirmé, la réaction de Wassermann fut positive 13 fois. Elle a transformé en certitude le simple soupçon porté sur l'étiologie de l'affection ou de la lésion.

Nous avons eu enfin des cas où rien ne permettait de soupçonner la syphilis et où la réaction fut positive. L'enquête familiale montra dans l'un des cas, chez la mère plusieurs accouchements avant terme, chez un frère une lésion osseuse syphilitique, chez les deux, une réaction de Wassermann positive.

En résumé, quelle valeur attachons-nous à la réaction de Wassermann ?

Rappelons tout d'abord qu'il faut tenir compte des exceptions signalées.

On a en effet trouvé des réactions positives dans

diverses affections non syphilitiques :

La lépre (Gaucher et Abrami, Esmein, Levaditi et Yamanouchi, Joltrain).

La scarlatine (Schleisner, Boas et Haugh, Bruck et Cohn.)

Certains ictères (Bar et Daumay).

La trypanosomiase (Dourine et Nagana) peut-être certaines *leucémies* (Joltrain).

Ces exceptions prouvent qu'il ne faut nullement s'appuyer sur le seul séro-diagnostic positif pour affirmer la syphilis chez un sujet sain : on s'exposerait à des erreurs de thérapeutique regrettables ; les résultats du séro-diagnostic demandent à être interprétés et la clinique doit toujours rester maîtresse du diagnostic.

Si la clinique, c'est-à-dire si l'ensemble des manifestations infantiles et familiales donne des présomptions en sa faveur, et si la réaction de Wassermann est positive, *il n'est pas douteux que la syphilis existe dans la famille.*

Notre opinion sur la valeur du séro-diagnostic s'accorde donc avec celle de la plupart des cliniciens à savoir, *qu'une réaction positive a une valeur incontestable dans la majorité des cas* ; une réaction négative par contre n'a qu'une valeur très relative.

Dans tous les cas la clinique doit garder la prépondérance quant à l'interprétation des faits, mais le séro-diagnostic rend néanmoins les plus gros services dans l'étude de l'hérédo-syphilis infantile. Cette étude devrait toujours être complétée par la *recherche systématique*

de la syphilis familiale, par le même procédé ; dans les cas douteux, il est indispensable d'examiner plusieurs membres de la famille avant de rejeter l'hérédo-syphilis sinon beaucoup de cas de syphilis héréditaire infantile latente ou de parasyphilis passent inaperçus ainsi que de nombreux cas de syphilis familiale latente et ignorée.

Il ne nous a guère été possible à Berck de faire cette *enquête familiale* ainsi que la séro-réaction chez les parents, frères, sœurs du malade, mais chaque fois que les conditions nous ont permis de le faire, nous avons été frappée de l'utilité de cette étude.

II

Tuberculose

Pour discuter nos observations, nous attacherons une grande importance à la réaction à la tuberculine ; nous devons donc dire quelques mots de la valeur que la majorité des cliniciens lui accorde.

a) *Cuti-réaction.* — Von Pirket, en 1907, a préconisé l'inoculation cutanée de tuberculine chez les enfants en bas-âge pour le diagnostic précoce de la tuberculose.

88 pour 100 des enfants tuberculeux ont réagi.

12 pour 100 n'ont pas réagi, cachectiques ou atteints de tuberculose miliaire. Parmi les enfants cliniquement non tuberculeux, 16 pour 100 ont réagi positivement.

La technique a été légèrement modifiée par certains observateurs, les uns faisant plusieurs scarifications à la lancette ou au vaccino-style, d'autres se contentant de la piqûre.

Nous avons appliqué le procédé qui consiste à faire avec un vaccino-style, deux scarifications très superficielles de 5 à 6 millim. de long, distantes en hauteur l'une de l'autre de trois centimètres environ. La scarification supérieure nous sert de témoin ; sur l'inférieure nous déposons une goutte de tuberculine brute, de l'Institut Pasteur. On attend dix minutes avant de recouvrir le bras.

Quelles que soient les petites modifications apportées à la technique, l'évolution de la cuti-réaction semble la même. Entre la trentième et la quarante-huitième heure, et souvent plus tôt (après vingt-quatre heures d'après Ferrand et Lemaire) on voit se développer une rougeur œdémateuse qui enveloppe la scarification sur tout son pourtour sur une largeur d'un centimètre environ, rougeur sur laquelle poussent de toutes petites papules ; l'ensemble de cette réaction locale évolue pour disparaître en cinq à dix jours.

Histologiquement, d'après Ferrand et Lemaire, il y a un œdème dermique souvent considérable et une réaction inflammatoire à distance constante et composée surtout de petites cellules rondes.

De très nombreux travaux ont été consacrés à cette réaction et il est établi que la cuti-réaction, inoffensive et assez probante, paraît bien être spécifique d'une lésion tuberculeuse évidente ou latente, en évolution ou

au repos. A elle seule, elle ne permet pas d'en apprécier l'extension, le degré ou l'ancienneté.

b). *Intra-dermo-réaction.* — En 1908, Ch. Mantoux a proposé une méthode qui consiste à provoquer une réaction locale en injectant dans l'épaisseur du derme une goutte d'une solution de tuberculine au 5.000^{e} soit *un centième de milligramme.* La réaction apparaît généralement en vingt-quatre heures et est à son acmé au bout de deux jours ; c'est une infiltration rosée, parfois blanche, œdémateuse, avec un halo d'érythème. Dans les cas légers, elle se borne à une papule urticarienne ou simule une nodule d'érythème noueux. La réaction persiste plusieurs jours. Elle ne s'accompagne que très exceptionnellement d'une légère élévation thermique.

Nous avons observé tous ces phénomènes dans les intra-dermo-réactions que nous avons pratiquées. La tuberculine employée nous a été fournie par le D^{r} Besredka, de l'Institut Pasteur.

L'intra-dermo-réaction comme la cuti-réaction révèle non seulement la tuberculose cliniquement visible mais encore le foyer tuberculeux latent. Comme la cuti-réaction, l'intra-dermo-réaction paraît être l'expression d'une défense de l'organisme ; ces réactions semblent « extérioriser l'apparition plus ou moins rapide, plus ou moins active, plus ou moins fugace d'anticorps tuberbuleux. » Rien d'étonnant à ce qu'elles fassent défaut dans la tuberculose cavitaire et cachectisante, ainsi que dans la tuberculose aiguë : elles manquent aussi au

cours de certaines maladies aiguës et notamment la rougeole et la variole.

La valeur de la cuti-réaction et de l'intradermo-réaction est donc sensiblement la même et nous avons employé l'une et l'autre.

Nous admettons donc que *la cuti comme l'intra-dermo-réaction positive* n'indique pas qu'une lésion, une affection est de nature tuberculeuse ; elle indique seulement que cette lésion, cette affection évolue chez un sujet porteur d'un foyer tuberculeux.

Si la cuti ou l'intradermo-réaction est négative, deux cas sont à considérer : ou bien il s'agit de tuberculeux avérés, cachectiques tuberculeux à la dernière période ou malades hautement fébricitants, ou bien il s'agit de malades cliniquement douteux de tuberculose.

Dans le premier cas, le résultat de la réaction à la tuberculine n'a que peu d'utilité et la clinique doit suffire pour établir le diagnostic.

Dans le second cas, l'importance d'un *cas négatif est considérable* (th. de Lemaire) plus considérable encore que celle d'un résultat positif, puisqu'elle permet d'orienter le diagnostic en éliminant la tuberculose.

On voit que si on ne peut attacher à la réaction à la tuberculine une valeur *absolue*, elle donne toutefois une indication dont il faut tenir compte.

Le pourcentage des résultats positifs de la cuti-réaction ou de l'intra-dermo-réaction s'élève avec l'âge ; nous adressant à des enfants, il nous était permis d'espérer trouver quelques résultats négatifs.

Nous avons observé six enfants âgés respectivement de 3 ans 1/2, 5 ans, 9 ans, 9 ans 1/2, 11 ans 1/2 et 13 ans, ayant présenté une réaction à la tuberculine négative. Nous ne voulons pas comparer cette proportion de six cas négatifs contre 36 cas positifs : presque la moitié de nos observations ont trait à des enfants nettement tuberculeux.

CHAPITRE III

Observations

Ayant vu l'interprétation donnée à la réaction de Wassermann, et à la réaction à la tuberculine, nous pouvons aborder l'étude de nos 42 observations d'adénites cervicales.

Il est entendu que nous n'avons conservé que les *adénites cervicales chroniques* ; nous avons éliminé les adénopathies, réaction inflammatoire d'une lésion syphilitique (grosse adénite dans un cas de chancre du palais chez un enfant de 4 ans) ou non syphilitique (ganglions développés assez lentement chez un enfant de 3 mois 1/2 présentant des symptômes d'hérédo-syphilis précoce, coryza, syphilides papuleuses fessières, gros foie et ayant une réaction de Wassermann positive. Après quelques jours on dut ouvrir un abcès rétro-pharyngien et les ganglions ramollis et incisés donnèrent du pus à streptocoque).

Nous donnons d'abord 16 observations dans les-

quelles la réaction de Wassermann fut positive, puis 26 observations dans lesquelles elle fut négative. Dans l'un comme dans l'autre groupe, nous trouverons des enfants présentant seulement des adénites et d'autres présentant en même temps des adénites et d'autres lésions.

Celles-ci sont souvent des affections osseuses ou articulaires ; en effet, les deux tiers de nos observations ont été prises à l'hôpital maritime de Berck et se rapportent à des enfants envoyés à la mer avec des lésions tuberculeuses ou pouvant être prises pour la tuberculose.

OBSERVATION I (Hôpital Maritime)

publiée par M. le Dr Ménard au Congrès Français de chirurgie

Grosse masse ganglionnaire cervicale droite. Ganglions sous-angulo-maxillaires gauches. Hydarthrose des deux genoux.

Th... Georgette, 10 ans 1/2.

L'enfant est envoyée à Berck pour une tumeur blanche du genou droit. Le genou est gonflé par un épanchement peu tendu, sans douleur notable. Six semaines après l'arrivée on note une hydarthrose du genou gauche, survenue spontanément, la malade étant au lit. La bilatéralité de l'hydarthrose fait penser à la synovite symétrique des genoux de Clutton, de nature syphilitique.

Sur la radiographie, on ne note ni déformation, ni altération des extrémités des fémurs et des tibias.

Stigmates dentaires : dents petites, coniques ; incisives supérieures médianes présentent des échancrures semi-lunaires caractéristiques.

Réaction de Wassermann positive.

Intra-dermo-réaction positive.

Après plusieurs séries d'injections de biiodure de mercure, séries de dix injections quotidiennes d'un centigramme, hydarthrose des deux genoux disparaît.

Les ganglions gauches ont disparu.

La masse droite ne disparaît qu'après de nouvelles injections de biiodure de mercure.

OBSERVATION II (Hôpital Maritime)

Adénite carotidienne droite non suppurée. Arthrite du genou gauche datant de quinze ans.

S... Madeleine, 11 ans et demi.

Les mouvements du genou gauche sont très limités ; le membre est en bonne attitude ; pas d'adénite inguinale ni iliaque.

Très bon état général. Pas de stigmates de syphilis.

Réaction de Wassermann positive.

Intra-dermo-réaction négative.

Injections de biiodure de mercure : l'arthrite du genou et l'adénite cervicale s'améliorent en quelques mois.

OBSERVATION III (Hôpital Maritime)

Ganglions carotidiens gauche suppurés. Genou droit augmenté de volume.

H... Marie, 9 ans.

Les mouvements du genou sont limités; pas de chaleur, pas de douleur.

La radiographie montre un foyer d'ostéite dans l'extrémité supérieure du tibia.

Stigmates : incisives supérieures coniques, crénelées; kératite interstitielle gauche.

Réaction de Wassermann positive.

Cuti-réaction positive.

Plusieurs séries d'injections de calomel améliorent beaucoup l'ostéite et les ganglions.

OBSERVATION IV (Hôpital maritime)

publiée par M. le Dr Ménard au Congrès français de Chirurgie.

Ganglions sous-maxillaires et carotidiens bilatéraux. Arthrite ? du genou gauche ; traces de pointes de feu. Hydarthrose du genou droit. Ostéite du tibia droit (opérée). Arthrite sous-astragalienne droite. Cicatrice opératoire à la base du triangle de scarpa à droite (curage pour ganglions). *Sur le crâne : hyperostose sur le bord antérieur du pariétal droit ; gommes multiples périostiques.*

M...., Robert, 11 ans.

La radiographie montre sur les deux genoux, la conservation intégrale de l'intervalle articulaire. Les extrémités osseuses des fémurs et des tibias, offrent dans leur épaisseur, des taches irrégulières.

Le tiers supérieur du tibia droit est enveloppé d'une couche d'hyperostose. Le péroné droit offre sur son tiers supérieur, puis plus bas, sur sa partie moyenne, une hyperostose diffuse.

Sur le tibia gauche, une hyperostose évidente étendue à la moitié supérieure de l'os.

L'interligne articulaire sous-astragalien du pied droit est à la fois irrégulier et anormalement serré.

Pas de stigmates de syphilis; les dents sont irrégulières, sans caractère.

Réaction de Wassermann positive.

Intra-dermo-réaction positive.

Après 22 séries de dix injections de un centigramme de biiodure de mercure, on note que les genoux sont améliorés, en apparence guéris, ainsi que l'arthrite sous-astragalienne.

L'engorgement ganglionnaire a disparu des deux côtés.

OBSERVATION V (Hôpital Maritime)

Adénite cervicale fistuleuse droite. Ostéite du cubitus droit

B... Fernand 9 ans.

Stigmates : dents irrégulières, sillons blancs ; kératite interstitielle.

Réaction de Wassermann positive.

Intra-dermo-réaction négative.

14 séries d'injections de biiodure améliorent l'ostéite et l'adénite.

OBSERVATION VI (Hôpital Maritime)

Adénites cervicales fistuleuses droites. Hyperostoses en fuseau des tibias, des fémurs, du radius droit et de l'humérus gauche, la plupart un peu douloureuses à la pression.

M... Marcel, 8 ans.

La radiographie des os, montre qu'il s'agit bien de syphiils.

Dents irrégulières crénelées.

Asphyxié des extrémités, sillon d'élimination à la base du petit doigt droit.

Réaction de Wassermann positive : Cuti-réaction positive.

Traitement : piqûres de biiodure ; disparition des adénites.

OBSERVATION VII (Personnelle)

Consultation de M. le Dr. Guinon, (Hôpital Bretonneau

Ganglions cervicaux

Th... Eugénie, 13 ans.

Ganglions cervicaux augmentant beaucoup de volume depuis 5 mois.

Il y a un an a fait de l'hydarthrose des deux genoux. Guérison en deux mois.

Stigmates dentaires : dents érodées ; taches et sillons

blancs. Incisives supérieures médianes : érosions cupuliformes. Incisives latérales et canines, sillons blancs. Incisives inférieures dentelées.

Mai 1915 : *Réaction de Wassermann positive. Cuti-réaction positive.*

Après un mois de traitement par iodure de potassium et le sirop de Gibert, les ganglions ont diminué.

Père mort à 41 ans de ?. Mère disparue.

Deux frères de 14 et 16 ans bien portants.

Une sœur morte à 1 an.

En octobre 1915, l'enfant présente encore à gauche une petite masse mobile, dure.

OBSERVATION VIII (personnelle)

Consultation de M. le Dr Guinon (Hôpital Bretonneau)

Ganglions cervicaux petits. Micropolyadénopathie. Ostéite de l'extrémité inférieure du tibia droit.

Q.... Marcel, 3 ans 1/2.

Depuis dix mois, la partie inférieure de la jambe droite a progressivement augmenté de volume ; et depuis trois semaines la peau qui recouvre la tuméfaction devient rouge. La mère est désolée car on lui a dit que son enfant était tuberculeux.

En huit jours, nous voyons se produire une ulcération qui atteint la dimension d'une pièce de cinq francs ; ulcération à bords nets, entourée d'une zone rouge, violacée ; le fond de l'ulcération, bourbillonneux, laisse suinter un liquide sanieux. L'aspect de la lésion fait penser à la syphilis.

La radiographie confirme ce diagnostic en montrant une

hyperostose de la moitié inférieure du tibia. Aucun stigmate d'hérédo-syphilis. *Réaction de Wassermann positive. Cuti-réaction négative.*

Père bien portant, actuellement mobilisé, a eu la variole et la fièvre typhoïde. Mère bien portante actuellement. Il y a 7 ans, a eu des ganglions carotidiens gauches devenus très volumineux en deux mois ; elle fut opérée.

Il reste de cette intervention une large cicatrice descendant de l'angle du maxillaire à la fourchette sternale. De nouveaux ganglions se sont hypertrophiés cinq à six mois après ; actuellement il en existe deux, durs, mobiles sous la cicatrice et sur les plans profonds.

Elle a eu 4 grossesses : 1er enfant venu mort à 7 mois ; 3, venus à terme : 1 de 5 ans, ganglions, (obs. IX) ; 1 de 3 ans 1/2, (obs. VIII) ; 1 de 17 mois bien portant.

Chez la mère, la réaction de Wassermann est positive ; la cuti-réaction est positive.

Nous ordonnons à l'enfant, le sirop de Gibert, (40 grammes par jour).

Après 15 jours : grosse amélioration de la lésion tibiale, la micropolyadénopathie persiste.

Après un mois et demie du même traitement, la plaie est complètement cicatrisée. Au cou, il ne reste plus que deux petits ganglions carotidiens. Très gros changement dans l'état général ; jamais, dit la mère, l'enfant n'a eu autant d'appétit.

La mère a pris elle-même le même traitement et trouve que ses ganglions diminuent.

OBSERVATION IX (personnelle)

Consultation de M. le Dr Guinon (Hôpital Bretonneau).

Ganglions cervicaux gauches peu volumineux.

Q... Georges, 5 ans.

Enfant d'aspect chétif ; léger strabisme ; aucun stigmate d'hérédo-syphilis.

Réaction de Wassermann positive ; cuti-réaction négative.

Son frère présente une lésion osseuse syphilitique (observation VIII). Après un mois de traitement par le sirop de Gibert, disparition des ganglions.

OBSERVATION X (Hôpital Maritime)

Publiée par M. le Dr Ménard, (Congrès français de Chirurgie)

Adénopathies carotidienne et sous-maxillaire gauches.
Douleurs articulaires hanche et genou droit.

B... Jeanne, 12 ans et demi.

La peau qui recouvre la masse ganglionnaire porte des cicatrices, traces d'anciennes fistules.

Stigmates : facies spécial, nez effondré, kératite interstitielle bilatérale, incisives supérieures coniques, échancrées sur le bord libre.

Réaction de Wassermann positive.

Intra-dermo-réaction positive.

Injections de biiodure de mercure font disparaître les douleurs articulaires et les ganglions.

OBSERVATION XI (Hôpital Maritime)

Adénite ulcérée sous-maxillaire droite. Adénite carotidienne droite non suppurée. Masse ganglionnaire angulo-maxillaire gauche très dure.

Sn... Marie, 12 ans.

Stigmates : traces de kératite interstitielle.

Réaction de Wassermann positive.

Cuti-réaction positive.

Le traitement par le biiodure ne fait rien sur les ganglions.

OBSERVATION XII (Hôpital Maritime)

Adénopathie carotidienne et sous-maxillaire gauche. Deux petits ganglions à droite

B... Marthe, 9 ans.

Janvier 1913. Quand l'enfant arrive à Berck, l'adénopathie gauche existe depuis huit mois.

On voit se produire rapidement sur cette adénopathie, une vaste escharre noirâtre limitée par un sillon net, formé par la réunion de plusieurs arcs de cercle.

A droite, deux petites ulcérations se produisent bientôt, peu étendues mais très profondes.

L'enfant a eu il y a deux ans, une kératite interstitielle soignée et guérie par des injections de cyanure de mercure.

Pour l'adénopathie, on a fait le diagnostic de tuberculose et depuis plusieurs mois, on fait à l'enfant des injections de plasma de Quinton.

Stigmates : traces de la kératite interstitielle, les dents sont mal rangées, à bords crénelés sans caractère.

Réaction de Wassermann positive. Intradermo-réaction négative.

Antécédents héréditaires. : Père bien portant. Mère morte à 23 ans a eu trois grossesses terminées par : une fausse couche de six mois ; une naissance à terme (notre malade) ; une fausse couche de 3 mois ayant amené des accidents (?) dont elle est morte.

Traitement : des pansements au 606 et des injections intraveineuses à dose faible de 606 amènent la guérison rapide des lésions ulcéreuses, mais n'empêchent pas, deux mois après, le développement d'une gomme volumineuse sous-claviculaire qui donne bientôt lieu à une large escharre présentant les mêmes caractères que l'escharre carotidienne.

Les injections de biiodure la guérissent rapidement.

Août 1915. La fillette est revue, deux ans et demi après ces accidents. Elle est restée à Berck jusqu'en janvier 1915 et pendant ces deux années, elle a toujours été soumise au traitement par les injections de biiodure de mercure.

Actuellement on ne trouve à l'examen aucun ganglion, même petit. L'enfant conserve, des accidents antérieurs, trois larges cicatrices très plates,

La cuti-réaction est négative ; la réaction de Wassermann est négative.

OBSERVATION XIII (Hôpital maritime)

Adénite sus-claviculaire gauche fistuleuse.
Adénite pré-trachéale

C... Jeanne, 14 ans.

Plusieurs mois après son arrivée à Berck, présente sur la face antérieure du cou, une petite tuméfaction qui se ramollit, s'ouvre à la peau et évolue comme une gomme. On pense qu'il s'agit d'une adénite du ganglion prétrachéal.

Stigmates dentaires. Hyperostose des deux tibias.

Réaction de Wassermann positive. Intra-dermo-réaction positive.

L'ulcération de l'adénite est pansée au 606. On commence des injections de biiodure de mercure. Cicatrisation très rapide de l'ulcération. Amélioration lente de l'adénite sus-claviculaire.

Août 1915. Nous revoyons la malade trois ans après ; elle a eu à Berck 10 séries de 10 injections de biiodure. Actuellement il ne reste rien des adénopathies ; les fistules sont parfaitement cicatrisées. Il n'y a eu aucune nouvelle manifestation.

OBSERVATION XIV (Hôpital Maritime)

Grosse adénopathie cervicale gauche. Adénopathies moyennes bilatérales. Adénite fistuleuse de l'aine gauche.

R... Gaston, 7 ans et demi.

Vient à Berck en février 1912 pour une adénite fistuleuse de l'aine gauche dont il a été opéré trois fois depuis 2 ans : la fistule donne issue chaque jour à une petite quantité de pus.

L'enfant présente des adénites cervicales bilatérales, peu volumineuses, qui pourraient être rattachées à un eczéma léger de l'oreille droite. L'eczéma guérit rapidement.

En août 1912, se développe une masse ganglionnaire volumineuse qui masque le sterno-mastoïdien gauche. Malgré le séjour quotidien à la plage et le sirop iodo-tannique l'adénite reste aussi volumineuse.

Aucun stigmate de syphilis.

Réaction de Wassermann positive. Intra-dermo-réaction positive.

On commence des injections de biiodure de Hg ; après deux séries de dix injections la fistule inguinale se ferme, l'adénite cervicale diminue d'une façon très notable.

Après dix séries de dix injections l'enfant quitte Berck complètement guéri. Il ne reste plus trace d'aucun des ganglions cervicaux.

En août 1915 nous revoyons l'enfant. La guérison s'est maintenue absolue.

En interrogeant la mère, nous ne trouvons aucun antécédent de syphilis chez elle. Le père est, paraît-il, bien portant.

Un grand-père est mort tuberculeux à 45 ans.

Un oncle a eu un mal de Pott à 16 ans. Actuellement il a 26 ans et se porte bien.

L'enfant a eu mal yeux pendant longtemps : aucune trace de kératite. Otorrhée droite datant de l'âge de 5 ans.

OBSERVATION XV (personnelle)

Consultation de M. le Dr Guinon (Hôpital Bretonneau)

Adénite cervicale gauche volumineuse. Petits ganglions carotidiens droits. Micropolyadénopathie.

L..... Camille, 3 ans 1/2.

L'hypertrophie ganglionnaire a commencé il y a un an ; elle a beaucoup augmenté depuis quatre mois malgré un traitement sérieux par le sirop iodo-tannique et par l'huile de foie de morue. La masse ganglionnaire gauche est mobile et dure. Aucun stigmate d'hérédo-syphilis.

A un an et demi, l'enfant a eu une broncho-pneumonie : elle a souvent toussé depuis. Elle a les doigts hippocratiques légèrement cyanosés.

Réaction de Wassermann positive. Cuti-réaction positive.

Antécédents héréditaires : Père et mère bien portants qui ont deux autres enfants bien portants.

Traitement : 1 gr. 50 d'iodure de potassium par jour ; trois semaines après, diminution notable de tous les ganglions. L'enfant n'est pas revue.

OBSERVATION XVI (personnelle)

Consultation de M. le Dr Guinon (Hôpital Bretonneau)

Ganglions cervicaux peu volumineux

D..... Lucienne, 11 ans, est amenée parce qu'elle tousse et n'a pas d'appétit.

Fillette chétive, maigre, peu développée.

Stigmates : dents très altérées. Incisives supérieures médianes : crénelées, sillons blancs, érosions. Incisives latérales et canines : microdontisme. Incisives et canines inférieures : érosions linéaires.

Rien d'osseux. Maux d'yeux fréquents ; actuellement petit abcès du limbe cornéen. *Réaction de Wassermann positive. Cuti-réaction négative.*

Antécédents héréditaires : Père et mère bien portants. Pas de fausse couche ; pas d'autre enfant.

Traitement : Sirop de Gibert ; deux cuillerées à soupe par jour. L'enfant n'est pas revue.

OBSERVATION XVII (Hôpital Maritime)

Adénite carotidienne gauche ramollie, non fistulisée

S... Paul, 12 ans.

Stigmates : Massif facial très atrophié.

Dents très petites en tournevis. *Réaction de Wassermann négative. Intra-dermo-réaction positive.* L'enfant n'a pas eu de traitement.

OBSERVATION XVIII (Hôpital Maritime)

Adénite suppurée souvent ponctionnée. Ostéites multiples fistuleuses. Spina ventosa d'un métatarsien opéré.

B... Marie, 11 ans 1/2.

Réaction de Wassermann négative.

Intra-dermo-réaction positive.

Plusieurs séries de dix injections de biiodure de mercure n'ont amené aucun changement dans son état.

OBSERVATION XIX (Hôpital Maritime)

Adénopathies cervicales multifistuleuses. Adénite sus-épitrochléenne droite suppurée et fistuleuse. Cicatrice de gommes face dorsale de la main droite, cuisse et pied. Cicatrice opératoire face interne du tibia gauche.

D... Auguste, 8 ans 1/2.

Stigmates : nez effondré, traces de kératite interstitielle, déformations tibiales.

Réaction de Wassermann négative.

Intra-dermo-réaction positive.

Traitement : des injections de biiodure de mercure cicatrisent rapidement les fistules ; les ganglions ne disparaissent pas complètement.

OBSERVATION XX (Hôpital Maritime)

Micropolyadénie cervicale. Ostéite du frontal. Ostéite des tibias. Impétigo nasal et rétro-auriculaire.

S... Marcel, 3 ans 1/2.

Stigmates : nez effondré, dents cariées, usées ; déformations des tibias.

Radiographie : hyperostoses tibiales et fémorales.

Réaction de Wassermann négative.

Intra-dermo-réaction positive.

Traitement par les injections de biiodure guérit l'ostéite : la micropolyadénopathie persiste.

OBSERVATION XXI (personnelle)

Consultation de M. le Dr Guinon (Hôpital Bretonneau)

Adénites carotidiennes volumineuses

L... Pierre, 15 ans.

Depuis un an les ganglions ont toujours augmenté de volume, surtout depuis six mois, après un séjour de trois mois à la campagne.

En avril 1915 on a ponctionné un des ganglions qui s'était ramolli ; l'enfant a pris une dose plus forte de sirop iodo-tannique et d'huile de foie de morue. Cela n'a pas empêché les ganglions de continuer à se développer : l'un d'eux s'est fistulisé.

20 mai. Nous voyons le malade. Le cou est énorme, les masses bilatérales masquent les muscles sterno-mastoïdiens, s'étendent sous le maxillaire inférieur et se rejoignent sur la ligne médiane.

Stigmates : dents petites, régulières ; tibias hyperostosés ; kératite interstitielle.

Réaction de Wassermann négative. Cuti-réaction positive.

Antécédents héréditaires : Père bien portant ; mère bien portante a eu cinq enfants : le second est mort à 4 ans 1/2 de méningite.

25 mai : Nous apprenons que l'enfant a été soigné à l'Hôpital Lariboisière il y a un an pour sa kératite. La fiche faite à l'Hôpital porte O D — kératite interstitielle et iritis ; O G — phlyctène ; Wassermann positif ; injections d'huile grise. Nous ordonnons à l'enfant 2 gram. d'iodure de potassium par jour.

10 juillet. En un mois et demi, grosse diminution des adénites. On continue le même traitement.

24 août. Disparition complète des ganglions ; le cou est absolument libre ; la fistule est fermée depuis quinze jours.

OBSERVATION XXII (Hôpital Maritime)

Adénite sus-claviculaire droite. Adénite carotidienne fistuleuse. Gomme de la fesse droite.

D..... Alice, 12 ans. Pas de stigmates de syphilis.

La mère avoue la syphilis.

Réaction de Wassermann négative. Intra-dermo-réaction positive.

OBSERVATION XXIII (Hôpital Maritime)

Adénite cervicale. Spina ventosa du deuxième métacarpien gauche fistuleux

B..... Julien, 7 ans 1/2. Pas de stigmates de syphilis.

Réaction de Wassermann négative. Intra-dermo-réaction positive.

OBSERVATION XXIV (Hôpital Maritime)

Adénite cervicale droite fistuleuse. Adénite sous-occipitale gauche. Ostéite de la troisième côte droite, origine d'un volumineux abcès paravertébral.

G..... François 7 ans 1/2,

Réaction de Wassermann négative. Intra-dermo-réaction positive.

OBSERVATION XXV (Hôpital Maritime)

Adénite carotidienne droite fistuleuse. Ostéite de l'extrémité inférieure du radius gauche. Ostéite de l'arcade sus-orbitaire gauche cicatrisée.

O... Antoinette, 11 ans.

La radiographie du cubitus montre des lésions tuberculeuses avec une cavité contenant un séquestre.

Réaction de Wassermann négative. Intra-dermo-réaction positive.

Traitement par les injections de biiodure n'a donné aucun résultat.

OBSERVATION XXVI (Hôpital Maritime)

Petits ganglions cervicaux. Adénite fistuleuse de l'aine gauche. Gomme du mollet gauche : cicatrice adhérente au tibia. Gomme face postérieure de la cuisse gauche, ramollie, non ulcérée.

T... André, 10 ans.

Réaction de Wassermann négative. Intra-dermo-réaction positive.

OBSERVATION XXVII (Hôpital Maritime)

Adénite cervicale fistuleuse. Cicatrice d'une ancienne adénite fistuleuse. Ostéite du péroné gauche. Arthrite du poignet droit avec deux fistules.

D... René, 10 ans.

La radiographie montre l'existence de lésions tuberculeuses

Réaction de Wassermann négative. Intra-dermo-réaction positive.

OBSERVATION XXVIII (Hôpital Maritime)

Adénite carotidienne supérieure droite fistuleuse. Adénite cervicale gauche. Adénite triangle de Scarpa (opérée fistuleuse. Ostéite du péroné gauche (opérée) fistuleuse. Spina du premier métatarsien (opérée).

B... Charlotte, 14 ans.

Réaction de Wassermann négative. Intra-dermo-réaction positive.

OBSERVATION XXIX (Hôpital Maritime)

Ganglions cervicaux nombreux, petits. Gommes fistuleuses de la jambe gauche. Ostéite du frontal avec abcès.

R... Pierre, 7 ans.

Réaction de Wassermann négative. Intra-dermo-réaction positive.

OBSERVATION XXX (Hôpital maritime)

Adénite cervicale gauche ramollie non fistuleuse. Cicatrice face antéro-externe jambe gauche

P... Marcel, 12 ans.

Enfant très chétif, pâle.

Réaction de Wassermann négative. Intra-dermo-réaction positive.

OBSERVATION XXXI (Hôpital maritime)

Adénopathie carotidienne. Synovite du jambier postérieur gauche. Large cicatrice ? adhérant à la partie supérieure du tibia gauche.

H... Marie, 8 ans.

Kérato-conjonctivite phlycténulaire.

Stigmates : dents inférieures crénelées.

Réaction de Wassermann négative. Intra-dermo-réaction positive.

Traitement par les injections de biiodure : disparition de l'adénopathie.

OBSERVATION XXXII (personnelle)

Consultation de M. le Dr Guinon. (Hôpital Bretonneau.)

Adénite angulo-maxillaire droite ulcérée

B... Georgette, 13 ans.

Début à l'âge de six ans. L'adénite fut incisée puis ponctionnée. Après un séjour de six mois à Berck, guérison.

Depuis deux mois, l'adénite s'est développée de nouveau et suppure.

Juin 1915 : A l'angle du maxillaire inférieur, existe une masse bourgeonnante de la grosseur d'une noix, entourée d'un cercle rouge.

Pas d'autres ganglions. Impétigo nasal ; fissures labiales ; poussées de conjonctivite fréquentes. Aucun stigmate de syphilis.

Réaction de Wassermann négative. Cuti-réaction positive.

Antécédents héréditaires : Père tousse toujours ; mère bien portante a eu sept enfants à terme.

Traitement : 2 gr. d'iodure de potassium par jour.

15 juillet : Grosse amélioration ; la cicatrisation est presque complète.

25 septembre : Nous avons revu l'enfant plusieurs fois ; après avoir augmenté la dose d'iodure, puis donné du sirop de Gibert, nous n'avons pas pu obtenir de guérison complète. L'état est le même qu'au 15 juillet, et la suppuration continue.

OBSERVATION XXXIII (Hôpital Maritime)

Adénite cervicale droite fistuleuse. Cicatrice opératoire (ablation de ganglions cervicaux)

M... Roland, 6 ans 1/2.

Aucun stigmate de syphilis. *Réaction de Wassermann positive. Intra-dermo-réaction négative.*

OBSERVATION XXXIV (Hôpital Maritime)

Adénopathies carotidienne et sus-claviculaire. Gros ganglions axillaires bilatéraux.

R... Louise, 8 ans.

Aucun stigmate de syphilis.

Réaction de Wassermann négative.

Cuti-réaction positive.

OBSERVATION XXXV (Hôpital Maritime)

Adénite sous-maxillaire gauche suppurée.

D... Victorine, 10 ans.

Aucun stigmate de syphilis.

Réaction de Wassermann négative. Intra-dermo-réaclion positive.

Le traitement par l'iodure n'amène aucun changement.

OBSERVATION XXXVI (Hôpital Maritime)

Masse ganglionnaire cervicale droite très volumineuse.

T... Thérèse, 12 ans 1/2.

Formée de plusieurs ganglions avec péri-adénite, s'étendant dans la région carotidienne et sous-maxillaire.

Petits ganglions carotidiens et sus-claviculaires gauches.

Micropolyadénopathie inguinale.

Adénopathie trachéo-bronchique.

Aucun stigmate de syphilis.

Réaction de Wassermann négative.
Intra-dermo-réaction positive.

OBSERVATION XXXVII (personnelle)

Consultation de M. le Dr Guinon (Hôpital Bretonneau)

Adénopathie sous-maxiliaire droite. Petits ganglions de la chaîne carotidienne.

B..... Pierre, 8 ans.

L'adénopathie date d'un an : on trouve un ganglion dur, mobile. Aucun stigmate de syphilis.

Réaction de Wassermann négative. Cuti-réaction positive,

Antécédents héréditaires : Père bien portant ; mère morte de tuberculose pulmonaire.

Le traitement par 2 grammes d'iodure par jour pendant un mois ne produit aucune amélioration.

OBSERVATION XXXVIII (personnelle)

Consultation de M. le Dr Guinon (Hôpital Bretonneau)

Adénopathies cervicales gauches. Adénite préauriculaire ramollie.

P..... Henriette, 10 ans. Les adénopathies cervicales sont constituées par quatre ou cinq ganglions durs, non douloureux formant une masse volumineuse dans la région sterno-mastoïdienne gauche.

Aucun stigmate de syphilis.

Réaction de Wassermann négative. Cuti-réaction positive.

Antécédents héréditaires : Mère bien portante ; père a eu un mal de Pott et des lésions pulmonaires.

Traitement par l'iodure qui ne donne aucun résultat.

OBSERVATION XXXIX (Personnelle)

Consultation de M. le Dr Guinon, (Hôpital Bretonneau)

Adénopathies cervicales suppurées et fistuleuses

M... Antoinette, 9 ans.

A l'angle gauche de la mâchoire, ulcération à bords déchiquetés.

A droite, petite ulcération au milieu d'un tissu cicatriciel, trace de ganglions ayant suppuré pendant trois ans. La cicatrice présente plusieurs petits ponts cutanés.

Aucun stigmate de syphilis.

Réaction de Wassermann négative. Cuti-réaction positive.

Traitement : pendant deux mois, 2 grammes d'iodure de potassium par jour, n'amènent aucun changement.

Le sirop de Gibert n'a pas eu plus de succès.

OBSERVATION XL (Personnelle)

Consultation de M. le Dr Guinon, (Hôpital Bretonneau)

Ganglions cervicaux bilatéraux

Pl... Geneviève, 14 ans.

A droite, masse volumineuse le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien.

A gauche, petits ganglions carotidiens.

Tous ces ganglionss ont apparus il y a six ans à la suite de la rougeole et de la coqueluche.

Aucun stigmate de syphilis. *Réaction de Wassermann négative. Cuti-réaction positive.*

Antécédents héréditaires : Parents tuberculeux.

Traitement : 2 gr. 50 d'iodure de potassium par jour. Après 15 jours, on note que les ganglions ont diminué. Le même traitement prolongé pendant plusieurs semaines n'amène plus aucun changement,

OBSERVATION XLI (personnelle)

Consultation de M. le Dr. Guinon Hôpital Bretonneau

Ganglions cervicaux

L... Georges, 11 ans.

Ganglions cervicaux datant de six mois : Aucun stigmate de syphilis. *Réaction de Wassermann négative. Cuti-réaction positive.* L'enfant n'est pas revu.

OBSERVATION XLII (Hôpital maritime)

Adénopathies cervicales bilatérales volumineuses. Poignet droit : cicatrices opératoires (?) sur la face dorsale.

F..... Georges, 13 ans 1/2.

Enfant sourd-muet ; Kérato-conjonctivite bi-latérale. *Réaction de Wassermann négative. Intra-dermo-réaction positive.*

Traitement : injections de biiodure de mercure qui ne produisent aucune amélioration.

Le tableau suivant résume les rapports du diagnostic clinique et des réactions biologiques.

GANGLIONS SEULS

Nombre de cas	Diagnostic clinique	R. de Wassermann		Réaction à la tuberculine	
Total : 20		Positif	Négatif	Positif	Négatif
4	Syphilis certaine ou probable X, XI, XII, XIII	4	—	3	1 XII
4	douteuse IX, XVI, XVII, XXXII	2 IX, XVI	2	2	2 IX, XVI
12	Tuberculose probable XIV, XV, XXXIII à XLII	2 XIV, XV	10	11	—

GANGLIONS ET LÉSIONS OSSEUSES, ARTICULAIRES OU CUTANÉES

Nombre de cas	Diagnostic clinique	R. de Wassermann		Réaction à la tuberculine	
Total : 22		Positif	Négatif	Positif	Négatif
8	Syphilis certaine ou probable De III à VIII, XX, XXI	6 de III à VIII	2	7	2 V, VIII
5	douteuse I, II, XVIII, XIX, XXXI	2 I, II	3	4	1 II
9	Tuberculose probable De XXII à XXX	—	9	9	—

Si nous n'avons rapporté que les observations dans lesquelles nous avons noté le résultat de la réaction de Wassermann et de la cuti-réaction, nous ne nous sommes pas limités à celles dans lesquelles le Wassermann est positif et à celles dont le sujet présente des signes d'hérédo-syphilis. Nous avons cru utile de rappeler les observations où la tuberculose ne faisait pas de doute ; elles nous ont fourni un point de comparaison dans l'étude clinique et thérapeutique.

Nous verrons d'abord comment classer ces observations et les interpréter. Nous demanderons ensuite à l'anatomie pathologique, à la clinique et à la thérapeutique s'il existe des preuves permettant d'affirmer la nature syphilitique d'une adénite.

CHAPITRE IV

Discussion

I

Malades présentant : une Réaction à la tuberculine négative ; une réaction de Wassermann positive.

Nous avons vu l'importance d'une réaction à la tuberculine négative et sur 42 observations d'enfants de de 3 ans 1/2 à 15 ans, nous notons six cas avec résultat négatif.

L'erreur la plus commune étant de prendre pour une adénite tuberculeuse, une adénite syphilitique, nous réunissons donc dans un premier groupe, ces six observations, pensant que dans ces cas où l'examen clinique des sujets et l'enquête familiale ne révèlent aucune trace de tuberculose, et où la réaction à la tuberculine est négative il est permis d'affirmer l'absence de tuberculose.

Dans les six observations (II, V, VIII, IX, XII. XVI), la réaction de Wassermann est positive et nous

pouvons ainsi affirmer que ces enfants sont des syphilitiques.

Voyons comment les enfants se présentaient cliniquement et ce que l'on pouvait en penser avant d'avoir les résultats des épreuves biologiques.

Dans l'observation V l'enfant présentait des traces de kératite interstitielle ; les dents irrégulières étaient striées de sillons blancs. Le cubitus droit était très augmenté de volume ; la radiographie montrait l'hyperostose caractéristique de l'ostéite syphilitique.

Dans l'observation VIII, on ne trouve aucun stigmate, mais l'enfant est amené pour une ostéite du tibia ; la radiographie montre l'extrémité inférieure du tibia augmentée d'un tiers de son volume par une couche d'hyperostose. Sous nos yeux, en quelques jours, se produit une ulcération large et profonde, à bords taillés à pic, montrant un fond bourbillonneux et n'ayant nullement l'aspect d'une lésion tuberculeuse, mais bien au contraire l'aspect d'une ulcération syphilitique.

La malade de l'observation XII avait encore quelques traces d'une kératite interstitielle, soignée et guérie rapidement deux ans auparavant par des injections de cyanure de mercure. L'adénite volumineuse, ne présentait pas de caractère spécial, mais bientôt en quelques jours, il se développait à ce niveau une escharre profonde, à contours polycycliques, comme il n'est pas dans les habitudes de la tuberculose d'en produire. C'est d'ailleurs le développement de cette escharre qui orienta le diagnostic vers la syphilis.

Les deux autres enfants (II et IX) sont classés dans les cas douteux, car rien n'autorisait à rapporter leurs adénites à l'hérédo-syphilis plutôt qu'à la tuberculose.

Dans l'obs. II, l'enfant présentait une adénite cervicale et une arthrite du genou gauche que l'on pouvait rattacher à la tuberculose. Ce qu'on pouvait remarquer cependant c'est que l'arthrite qui datait de quinze mois et n'avait pas été soignée par une immobilisation rigoureuse, n'avait amené aucune mauvaise attitude du membre. Les mouvements étaient limités ; mais il n'y avait ni chaleur du genou, ni ganglion iliaque.

La réaction de Wassermann étant positive, le traitement fut institué ; le genou et l'adénite cervicale s'améliorèrent très rapidement.

Dans l'obs. IX, l'enfant, ne présente aucun stigmate d'hérédité syphilitique. Nous avons soigné son frère (obs. VIII), amené pour une ostéite tibiale et la mère nous a signalé que son fils aîné avait « quelques glandes au cou ». Nous avons demandé à voir cet enfant, et bien que ne constatant rien de suspect chez lui, nous avons pratiqué une réaction de Wassermann parce que cette réaction était positive chez sa mère et son jeune frère.

La réaction fut également positive chez lui alors que la cuti-réaction resta négative, comme elle l'avait été aussi chez son frère.

Cet enfant bien constitué, ne portant aucune tare, n'ayant jamais été malade, a donc seulement quelques ganglions cervicaux qui, dit la mère, se sont développés depuis quelques mois. Si on voyait cet enfant isolé-

ment, il n'y aurait aucune raison de suspecter la syphilis, et comme cela arrive journellement, on classerait volontiers par routine, cet enfant dans les tuberculeux ganglionnaires.

Cette observation nous a montré l'importance de l'enquête familiale, la difficulté du diagnostic clinique de la nature d'une adénite cervicale, l'absence possible de tout stigmate chez un hérédo-syphilitique, l'utilité des méthodes qui apportent de nouveaux éléments de diagnostic et aussi l'utilité d'une thérapeutique qui contribue également à l'affirmation du diagnostic.

Dans l'obs. XVI, l'enfant est amenée pour troubles de l'état général ; elle tousse un peu et n'a pas d'appétit. C'est une enfant d'aspect chétif, malingre. A l'examen, on note quelques ganglions cervicaux, de volume moyen, et comme seuls signes d'hérédo-syphilis les stigmates dentaires. La réaction de Wassermann est positive. La cuti-réaction négative. Le traitement iodo-mercuriel en faisant disparaître les ganglions améliore considérablement l'état général.

Nous concluons donc pour ce groupe d'observations à l'existence d'adénites de nature syphilitique et uniquement syphilitique.

Nous voyons combien le diagnostic clinique en est parfois difficile ; nous reviendrons plus loin sur la difficulté de l'établir par les seuls caractères de l'adénite et sur l'utilité du diagnostic thérapeutique. Ces observations nous seront un précieux appui étant donné le résultat négatif de la réaction à la tuberculine.

II

Malades présentant : une réaction à la tuberculine positive ; une réaction de Wassermann positive ou négative.

Dans toutes les autres observations, la cuti-réaction, ou l'intradermo-réaction est positive ; mais ces observations se rapportent à des enfants de caractères différents.

Les uns ont des signes nets de syphilis, soit des stigmates, soit des lésions guéries ou en évolution ; ils présentent seulement des ganglions et une ou plusieurs lésions osseuses ou cutanées.

Les autres, sans signes nets de syphilis, ont une réaction de Wassermann positive.

D'autres enfin sont des tuberculeux, sans signes cliniques ou biologiques de syphilis.

Nous verrons plus loin que l'aspect des ganglions, suppurés ou non, ne suffit pas pour permettre d'affirmer le diagnostic de syphilis ou de tuberculose. C'est surtout l'examen complet des petits malades, l'étude des associations qu'ils présentent qui nous ont fait ranger cliniquement ces enfants dans la classe des syphiliques ou des tuberculeux ; dans un certain nombre de cas, le doute entre les deux affections persistait.

Il convient de rappeler que tous ces enfants ont été d'abord pris pour des tuberculeux et traités comme tels, parfois depuis plusieurs années.

Nos recherches s'orientant vers l'hérédo-syphilis, nous avons pu chez bien des enfants reconnaître d'emblée la syphilis ou tout au moins faire des réserves à ce sujet en portant le diagnostic ; cependant dans deux cas (obs. XIV, XV), rien ne permettait de soupçonner même un instant la syphilis, et on fit le diagnostic de tuberculose. La réaction de Wassermann fut positive et permit, par le traitement iodo-mercuriel, de rendre service à ces deux enfants.

Dans l'observation XIV l'enfant présentait une adénite fistulisée de l'aine gauche. Cette adénite qui durait depuis deux ans, ne présentait aucun caractère spécial. Pendant son séjour à la mer se développa la grosse masse ganglionnaire qui ne cèda qu'au traitement mercuriel. L'enfant ne présente encore actuellement aucun stigmate d'hérédo-syphilis et l'enquête familiale ne nous a apporté aucun renseignement à ce sujet.

Dans l'obs. XV, la fillette se présente comme une petite tuberculeuse et la réaction de Wassermann positive est une surprise. L'adénite cervicale qui a débuté il y a un an, a beaucoup augmenté de volume depuis quatre mois, malgré le traitement habituel des adénites tuberculeuses : huile de foie de morue, sirop iodo-tannique. Le traitement iodo-mercuriel fait diminuer rapidement ses ganglions.

Voilà donc deux cas où la réaction de Wassermann fut très utile ; elle le fut aussi dans les cas douteux (obs. I, II, IX, XVI) et il n'est pas sans intérêt de la voir confirmer le diagnostic dans les cas de syphilis certaine.

Malgré l'importance que nous attachons à la réaction de Wassermann, nous ne refusons pas le traitement spécifique à ceux, qui présentant une réaction négative, ont des signes cliniques d'hérédo-syphilis. C'est ainsi que le traitement nous a donné de bons résultats dans les obs. XIX, XXXI et surtout XXI.

III

Existe-t-il des lésions mixtes ?

Nos observations concernent des enfants hérédo-syphilitiques qui présentent des adénites cervicales lentement développées ; sous l'influence du traitement iodo-mercuriel nous voyons chez la plupart d'entre eux ces adénites disparaître ou diminuer considérablement.

Que pouvons-nous en conclure ? Nous pensons, comme M. Ménard nous l'a souvent répété, que l'influence si marquée du traitement, souvent après échecs successifs de multiples autres médications, permet d'affirmer que ce sont des ganglions syphilitiques.

Mais une telle assertion, ne peut aller sans discussion, car elle soulève de nombreuses objections. Nous n'avons pas d'ailleurs la prétention de les réfuter, car les arguments nous manquent et il y a encore de nombreuses preuves à chercher. Il est cependant utile de

passer en revue ces objections et de poser les questions qui ne sont pas encore solutionnées.

Ces enfants sont des hérédo-syphilitiques, mais ce sont aussi des tuberculeux, si légèrement touchés soient-ils. *Quelle est la nature des adénopathies qu'ils présentent ? Quelle est la maladie causale ? Syphilis ou tuberculose ?* Nous croyons, de par le premier groupe de nos observations, que l'adénopathie hérédo-syphilitique pure existe ; il ne semble donc pas invraisemblable de penser qu'elle peut exister même dans le cas d'imprégnation tuberculeuse.

Mais, dira-t'on, même, en supposant que le ganglion malade ne soit pas un ganglion tuberculeux, il s'agit sans doute d'une association des deux infections et le ganglion représente une lésion mixte, une lésion hybride. C'est suivant l'expression de Ricord « *du scrofulate de vérole* ».

Existe-t-il des lésions mixtes ?

Qu'entend-on même, d'abord, par ce terme « lésion mixte » ? Nous avons plusieurs fois entendu M. Ménard se le demander et pour lui, la lésion est du « *vérolate de vérole* » ou du « *scrofulate de scrofule* ». Il est entendu qu'un syphilitique peut devenir tuberculeux et un tuberculeux devenir syphilitique ; chaque infection peut produire les lésions qui lui sont propres ; l'une des infections peut en débilitant l'organisme, permettre à l'autre d'évoluer d'une façon particulière, plus grave ou plus rapide, agissant comme certaines intoxications, l'alcoolisme par exemple, ou au contraire modifier l'organisme

au point qu'il lutte d'une façon plus efficace contre cette autre infection. Cela montre, dit M. Ménard, qu'il y a des malades mixtes, mais non des lésions mixtes.

C'est aussi ce que dit Hallopeau en 1900 au Congrès International de Médecine : « Un sujet atteint de la syphilis peut contracter une autre maladie infectieuse sans que celle-ci imprime, à sa syphilis, ni quelle en reçoive aucune modification ; il y a, en pareils cas, concomitance et non association ; c'est ainsi que nous avons vu des lichens de Wilson, des psoriasis, des tuberculoses cutanées ou linguales, présenter chez des syphilitiques, leurs caractères typiques ; de même on voit la syphilis et la lèpre évoluer sans se modifier. Pour que l'on soit en droit d'admettre une association, il faudrait, à défaut de la constatation possible de la coexistence des microbes, qu'il se produise des lésions mixtes ».

Nous n'avons pas la définition de la lésion mixte. Quand on voit évoluer une tumeur blanche du genou chez un syphilitique acquis ou héréditaire, avec les signes cliniques et radiographiques de la tuberculose, dit-on que la lésion est en même temps syphilitique ?

Devant une ostéite syphilitique, est-ce qu'on émet l'hypothèse qu'elle est en même temps tuberculeuse ?

Et quand il s'agit d'une méningite syphilitique, que l'on guérit par le traitement, pense-t-on à l'association de la méningite syphilique et de la méningite tuberculeuse ? Il n'est pas impossible que le cas se rencontre, mais on pourra conclure que les deux infections ont évolué en même temps, sans assurer pour cela que les

méninges ont présenté des lésions mixtes. Et on n'en conclura pas que toutes les méningites syphilitiques sont en même temps tuberculeuses, si elles surviennent chez des malades ayant une intra-dermo ou une cutiréaction positive.

Nous ne voyons pas pourquoi le même raisonnement ne serait pas applicable au ganglion?

On peut discuter longtemps quand les preuves manquent pour appuyer le raisonnement. Voyons donc ce que les travaux d'anatomie pathologique, d'histologie, de bactériologie permettent de penser à l'heure actuelle.

a) *Arguments d'ordre anatomo-pathologique.* — Quelles lésions histologiques ont été trouvées dans les adénopathies chroniques? Nous envisageons seulement les deux infections qui prêtent le plus à confusion : la tuberculose et la syphilis.

On sait que les ganglions tuberculeux peuvent présenter des lésions granuliques ou des lésions caséeuses ou fibreuses. *Si l'évolution caséeuse l'emporte*, le ganglion plus ou moins volumineux, ramolli à son centre devient ainsi l'abcès froid ganglionnaire. Constituées par une poche à parois fongueuses, entourées le plus souvent d'une barrière fibreuse, les masses caséeuses rappellent volontiers par leurs caractères objectifs des gommes, d'où le nom de gommes tuberculeuses qui leur a été donné.

Si les lésions fibreuses dominent, les ganglions peu-

vent être entourés d'une coque fibreuse dense, étouffant parfois le tissu ganglionnaire ; il en est ainsi lors de la micropolyadénite si fréquemment rencontrée dans la tuberculose de l'enfant, mais non spéciale à cette infection puisque d'autres affections cachectisantes (syphilis, fièvre typhoïde, infections digestives) peuvent provoquer de semblables adénites. (Potier).

Dans certains cas de tuberculose infantile, enfin, l'hypertrophie ganglionnaire peut ne pas être tuberculeuse.

Il s'agit d'adénopathies tuberculeuses hypertrophiques, dans lesquelles les ganglions non adhérents les uns aux autres, limités par une épaisse capsule, sont de forme régulière, de consistance fibro-lipomateuse.

Leur surface de section est blanc grisâtre, terne, ne donnant au râclage que peu de suc séreux ; elle ne présente à l'œil nu ni granulations, ni points caséeux, ce n'est qu'au microscope qu'on peut noter l'existence soit de follicules tuberculeux, soit de cellules géantes isolées au milieu des lésions ganglionnaires prolifératives (hypertrophie des follicules et cordons pulpaires, épaississement capsulaire et trabéculaire) comparables à celles de la lymphadénie vraie.

Ces lésions histologiques sont-elles absolument démonstratives d'une lésion tuberculeuse ? Non. On peut, en effet, rapprocher les formes d'adénopathie hypertrophiante, des faits d'hypertrophies ganglionnaires sans lésions folliculaires, réalisées expérimentalement par Bartel et Spieler. Ces faits tendent à établir que le bacille tuberculeux peut produire des lésions inflamma-

toires, scléreuses ou non, d'apparence banale, et que la lésion peut être tuberculeuse bien qu'il lui manque la lésion type : le tubercule.

Mais que peut-on dire si le follicule tuberculeux existe ? C'est dans les affections tuberculeuses qu'on le trouve avec la plus grande fréquence et le plus de netteté, mais quelle que soit cette netteté le tubercule histologique n'est pas absolument spécifique, puisque ses éléments (amas embryonnaires, cellules géantes) ont été notés dans d'autres circonstances, soit expérimentalement provoquées (inoculation de poudres inertes) (H. Martin) soit spontanées *syphilis* et diverses inflammations nodulaires).

Quelles lésions ont été trouvées dans les ganglions des hérédo-syphilitiques ? Les premiers travaux remontent à la description donnée par Doyen en 1883 ; Carlès dans sa thèse en 1907 donne une description concordante. Les divers travaux faits à ce sujet semblent être résumés dans ce que disent MM. Hutinel et Lereboullet dans le traité des maladies des enfants. « Les ganglions lymphathiques, sont dans la syphilis héréditaire précoce, de volume normal, peu ou pas hypertrophiés, beaucoup moins altérés que la rate. Dans certains cas de cachexie hérédo-syphilitique, il peut y avoir des lésions ganglionnaires analogues à celles de la polymicroadénite tuberculeuse. Mais c'est surtout dans la syphilis héréditaire tardive que les ganglions peuvent avoir un volume considérable et présenter des lésions gommeuses analogues aux lésions tuberculeuses des ganglions ».

Ainsi donc, les ganglions tuberculeux rappellent par leurs caractères les gommes, et les ganglions syphilitiques présentent aussi des lésions gommeuses ; la ressemblance des lésions se fait donc sous cette forme, la gomme, véritable néoplasie, identique à elle-même dans tous les tissus et dans tous les organes.

Quand on lit les descriptions histologiques de la gomme syphilitique, on voit en effet qu'il s'agit d'une production nodulaire, due à la conglomération de petits nodules élémentaires composés de cellules embryonnaires et épithélioïdes (cellules plasmatiques de Unna) qui engainent les vaisseaux ; c'est ce qu'on a appelé le follicule syphilitique (Brissaud) ou encore le nodule gommeux (Malassez).

On a bien signalé quelques caractères différentiels entre la gomme tuberculeuse et la gomme syphilitique. Dans cette dernière les lésions vasculaires sont plus marquées ; l'artérite et la périartérite sont souvent plus apparentes que dans la tuberculose ; mais elles aboutissent plus lentement à l'oblitération, si bien que le processus peut se résoudre sous l'influence du traitement. Il semble aussi que le tissu fibreux prédomine dans les lésions syphilitiques dans lesquelles la surface de section est plus souvent sèche que dans les lésions tuberculeuses. Parrot avait déjà mis en évidence que le trait fondamental des lésions de l'hérédo-syphilis est la prédominance du tissu conjonctif.

Mais ces différences ne sont souvent que bien légères et elles sont inconstantes. Lorsque le centre de la

gomme syphilitique commence à dégénérer, que ses éléments deviennent hyalins ou granulo-graisseux, il prend un aspect jaunâtre et caséeux, le reste de la gomme ayant une teinte gris rosé ; cette gomme caséeuse entourée d'une zone fibreuse avec nodules gommeux d'accroissement simule la gomme tuberculeuse.

L'analogie histologique peut aller si loin que, selon les remarques de Nicolas et Faure, il est des faits de syphilis héréditaire ou acquise avec gommes et syphilides tertiaires offrant des figures histologiques absolument superposables à celles de la tuberculose ; on y trouve des follicules syphilitiques, composés de cellules géantes ; cellules épithélioïdes et cellules géantes, ne se distinguent par aucun caractère fondamental des follicules tuberculeux.

S'il est si difficile de reconnaître la lésion pure, syphilitique ou tuberculeuse, on ne voit pas encore que l'anatomie pathologique microscopique puisse donner la preuve de l'hybridité d'une lésion. Il faut attendre que d'autres travaux, peut-être d'autres procédés permettent de découvrir des caractères nouveaux.

b) *Arguments d'ordre bactériologique.* — Ne reste-t-il aucune autre preuve à chercher pour affirmer la nature de l'adénite ? On peut penser que l'agent causal, bacille de Koch ou tréponème, se trouve dans les lésions, et on peut en effet le rencontrer dans le pus des ganglions et le mettre en évidence soit par l'examen direct, soit par une méthode beaucoup plus sûre, l'inoculation.

Chez nos malades nous n'avons fait aucune recherche à ce sujet.

La recherche des tréponèmes faite dans les lésions tertiaires (et il semble que les ganglions de l'hérédo-syphilis tardive puissent y être rattachés) est beaucoup moins souvent positive que dans les lésions secondaires. On en a trouvé chez les hérédo-syphilitiques dans certaines gommes du foie, où on a pu les observer et les colorer d'une manière non douteuse. Chez le nouveau-né hérédo-syphilitique, on trouve le tréponème avec une fréquence et une abondance remarquables dans le foie, mais aussi dans la rate, dans les capsules surrénales, le pancréas, les poumons, l'intestin, le myocarde, plus rarement dans le cerveau et les reins. On l'a décelé dans les ovaires (Hoffmann, Levaditi et Sauvage) dans le testicule (Feuillié, Fouquet) dans les os et la moëlle osseuse (Levaditi, Nobécourt).

Et si le tréponème existe surtout dans les lésions marquées des viscères, il peut se trouver néanmoins en très grande abondance dans des organes ne présentant aucune altération objective. Nous ne savons pas qu'il ait été signalé dans les ganglions lymphatiques.

Cependant « l'hérédo-syphilis », disent Hutinel et Lereboullet, se comporte souvent comme une véritable septicémie à tréponèmes, septicémie qui peut même exister sans lésions viscérales marquées comme dans un cas de Ménétrier et Rubens Duval. On ne voit pas pourquoi dans une telle septicémie, le système lymphatique et ganglionnaire ne serait pas atteint.

Il faudrait donc faire de nouvelles recherches sur des ganglions hypertrophiés enlevés à des enfants hérédo-syphilitiques.

Si on pouvait déceler dans un ganglion la présence du tréponème et du bacille de Koch, ou si, ayant trouvé le tréponème on puvait, avec une partie de ce même ganglion, provoquer par inoculation la tuberculose chez un cobaye, il serait permis d'affirmer que les deux infections ont touché le ganglion.

Nous ne pensons pas que ce serait encore suffisant pour parler de lésion mixte ; deux infections différentes peuvent évoluer simultanément sur le même organe sous forme de lésions voisines et distinctes. On cite une observation de Gougenheim où, à côté de gommes et de cicatrices scléreuses syphilitiques du poumon, existaient des foyers typiques de tuberculose.

Il faut donc attendre encore avant de conclure.

c) *Arguments d'ordre thérapeutique.* — Les auteurs ont depuis longtemps admis la valeur diagnostique de l'épreuve thérapeutique dans la syphilis héréditaire.

Nous lisons dans Bazin : « Si le traitement fait fondre la masse, nul doute, c'est que le mal est de nature syphilitique. »

Fournier s'exprime à peu près dans les mêmes termes.

Nous avons déjà indiqué l'importance que nous aussi attachons au résultat thérapeutique pour affirmer

la nature d'une adénopathie. Est-ce que ce résultat ne souffre aucune discussion ?

On a prétendu que l'iodure de potassium n'est pas absolument inefficace dans les engorgements ganglionnaires de certains enfants tuberculeux, de ceux qui présentent le « tempérament lymphatique », enfants à peau blanche et fine, aux yeux bleus, aux cheveux blonds et sujets aux conjonctivites tenaces, aux érosions faciles des narines, aux inflammations chroniques des muqueuses, en un mot tous les caractères du « petit scrofuleux » des anciens.

Si on ne peut nier que dans quelques cas, l'iodure de potassium ait donné une légère amélioration, il y a un véritable abîme entre ce que l'iodure réalise dans la syphilis et ce qu'il produit dans la tuberculose.

Nous avons essayé à plusieurs reprises le traitement ioduré chez les malades de nos observations d'adénopathies tuberculeuses, nous n'avons jamais obtenu chez eux de ces effets curatifs, remarquables par leur intensité et leur rapidité, comme il en donne chez les syphilitiques.

Dans les adénopathies tuberculeuses, les effets obtenus sont minimes, lents, obscurs, et *certainement nuls le plus souvent.*

On n'a jamais institué le traitement ioduré ou mercuriel dans le but de guérir les ostéites tuberculeuses, parce qu'on sait qu'il est absolument nul : par contre, chacun a pu voir ce qu'il donne dans les ostéites syphilitiques.

Pourquoi discuter sur le système lymphatique, l'in-

fluence qu'on admet sans contester sur le système osseux.

De plus si l'état semble s'améliorer au début, sous l'influence du traitement, il reste bientôt stationnaire, et en doublant même la dose d'iodure, on n'obtient plus aucun changement. C'est le cas de nos observations XXXII et XL.

Le biiodure de mercure ne nous a pas donné plus de succès. On peut donc assurer que le traitement ioduré ou mercuriel ne guérit pas les adénopathies tuberculeuses, tandis qu'il peut faire « fondre à vue d'œil » les adénopathies syphilitiques, et être ainsi dans certains cas une preuve certaine de diagnostic.

Mais comment interpréter son action, lorsqu'elle est efficace, dans les adénopathies qui surviennent chez des hérédo-syphilitiques qu'on peut en même temps soupçonner de tuberculose ?

On pourra soutenir que dans ces cas, le résultat heureux du traitement n'est pas une preuve de la nature syphilitique et qu'il s'agit de ganglions tuberculeux qui guérissent parce que le traitement modifie et améliore le terrain sur lequel ils se sont développés. Si cette hypothèse peut se soutenir, c'est cependant sans preuve certaine. Que sait-on du terrain ? que sait-on du tempérament ? peut-on dire que le tempérament lymphatique prédispose aux engorgements ganglionnaires dans la syphilis comme dans la tuberculose ? peut-on dire que l'hérédo-syphilis, comme la scrofule des anciens auteurs, crée une débilité lymphatique qui favorise l'infection tuberculeuse ?

Nous croyons qu'avec les inconnues nombreuses qui existent encore à ce sujet, il faut s'en tenir aux observations cliniques et se contenter des preuves données par la pratique, par l'expérience.

Dans les quelques observations que nous apportons, nous constatons ce que Fournier avait déjà noté et sur quoi il appelait l'attention.

Il y a un contraste d'effets thérapeutiques. Tantôt, on voit le traitement spécifique agir sur ces adénopathies à la façon dont il agit naturellement sur les lésions hérédo-syphilitiques, c'est-à-dire les modifier rapidement, les résorber, les guérir.

C'est ce que nous avons vu dans les observations VIII, IX, X, XII, XIII, XIV, XV, XXI.

Tantôt, au contraire, ce même traitement reste sans influence sur les adénopathies en question, exactement comme s'il ne s'agissait pas de lésions syphilitiques.

Il nous semble donc que chez les enfants hérédo-syphilitiques, il y a des adénopathies syphilitiques et des adénopathies d'autre nature, tuberculeuse ou autre.

L'enfant hérédo-syphilitique n'est pas à l'abri de la coxalgie, de la tumeur blanche tuberculeuse ; il n'est pas préservé non plus de l'adénite tuberculeuse. Il serait aussi illogique de nier que les hérédo-syphilitiques puissent avoir des ganglions tuberculeux, que de prétendre que toutes les adénopathies chroniques des hérédo-syphilitiques sont entachées de tuberculose ; mais l'influence du traitement nous permet de dire qu'il est logique de rattacher dans la plupart des cas, à la sy-

philis, les adénopathies cervicales des syphilitiques héréditaires.

Lorsqu'il s'est agi d'enfant présentant des lésions multiples, le traitement a amené la guérison des ganglions en même temps que des lésions osseuses ou cutanées.

Cependant dans une observation (XIX) le traitement a amené la cicatrisation rapide des gommes fistuleuses tandis que les ganglions améliorés n'ont pas disparu complètement.

Nous n'avons pas noté de cas où le traitement fit disparaître les adénopathies en laissant persister les lésions osseuses ou cutanées. C'est ce fait d'observation clinique qui nous fait dire avec M. Ménard que dans la majorité des cas, devant des lésions multiples, « nous sommes portés plutôt à ne voir qu'une seule maladie, qu'un seul tableau pathologique avec éléments variés selon la diversité du terrain atteint, os, dents, ganglions. »

CHAPITRE V

Diagnostic

Peut-on cliniquement reconnaître ou seulement soupçonner qu'une adénopathie est de nature syphilitique par les caractères qu'elle présente.

Bazin, dans son traité sur la scrofule, parlant de la confusion facile entre les engorgements scrofuleux et les ganglions syphilitiques donne comme caractère particulier de ces derniers, qu'ils constituent des masses isolées et plus indépendantes les unes des autres ; et il trouve que la période d'induration est beaucoup plus longue, la suppuration survenant moins souvent que dans la scrofule.

Si la suppuration se produit, il note que la peau n'est pas amincie et décollée dans toute l'étendue de la poche, comme on le voit dans la tuberculose ; la base de la tumeur, rosée ou violacée dans la tuberculose est plutôt rouge sombre dans la syphilis ; tandis que le pus

est verdâtre ou roussâtre dans la tuberculose et contient quelques fragments caséeux, il est plutôt sanieux, analogue à de la colle ou de la gomme dans la syphilis.

Lorsque l'affection évolue vers la guérison, il note que la cicatrisation est bien plus rapide dans la syphilis.

Quelques années plus tard, Fournier donne des adénopathies chez l'hérédo-syphilitique la description suivante : « Il est certaines de ces adénopathies qui affectent les symptômes, l'évolution, la physionomie générale des engorgements ganglionnaires scrofuleux. Ce sont là, en toute évidence, des adénopathies scrofuleuses développées sur des sujets syphilitiques, des « écrouelles » ganglionnaires compliquant la vérole. Rien d'étonnant à cela, car rien n'est plus fréquent que de rencontrer de la sorte la scrofule associée à la syphilis sur un terrain commun.

« Mais il est non moins avéré que certaines adénopathies s'écartent de ce type banal de l'écrouelle scrofuleuse. En quoi consistent-elles alors ?

« Ces adénopathies naissent à froid, sourdement, insidieusement ; elles continuent de même à se développer à froid, sans éveiller la moindre douleur, la moindre réaction locale, le moindre trouble sympathique. Elles sont constituées par des ganglions hypertrophiés, olivaires ou globuleux, lisses et unis de surface, consistants, fermes, élastiques, mobiles sous la peau et mobiles sur les parties profondes, indolents au palper, et généralement multiples. Comme volume, elles varient entre les proportions extrêmes d'une noisette et d'un abricot.

« Puis — et c'est là leur caractère le plus remarquable et le plus spécial, je crois — une fois parvenues à l'apogée de leur développement, *elles restent ce qu'elles sont*, immobiles comme volume, immobiles comme évolution. Et elles restent ce qu'elles sont, non pas seulement pour des mois, mais pour des années. Dans un cas d'Abadie, des adénopathies sous-maxillaires et préauriculaires existaient déjà depuis *trois ans*, lorqu'intervint le traitement qui en fit justice. Dans un cas de Rivington, des adénopathies cervicales dataient de *quatorze ans*.

« Enfin parfois on les voit se départir de leur allure froide et aphlegmasique pour dégénérer, à un moment donné de leur évolution, en adénites suppuratives. Elles s'abcèdent alors, s'ouvrent et s'évacuent à la façon des adénites vulgaires, sans aboutir cependant à constituer ces foyers de suppuration chronique et fistuleuse qui sont le propre de la scrofule.

« Comme siège, ces adénopathies de l'hérédo-syphilis ont des localisations préférées, à savoir les régions latérales du cou et sous-maxillaires. Il est beaucoup plus rare de les observer dans les régions inguinales ou axillaires. Notons que ces sièges de prédilection sont exactement ceux que choisit de préférence la scrofule. »

Nos observations répètent à peu près ce tableau clinique et l'on voit qu'il n'existe que des nuances comme caractères différentiels entre les adénopathies syphilitiques et les adénopathies tuberculeuses.

Les adénopathies tuberculeuses ne présentent pas

toutes de la périadénite, et on les trouve assez souvent sous forme de masses isolées et mobiles.

C'est seulement si l'adénopathie évolue vers la suppuration que nous avons noté les différences les plus marquées. Dans la tuberculose, le pus collecté, tend à amincir la peau dans toute l'étendue de la poche ; il l'use en quelque sorte et si le pus ne se fait pas issue à la surface, le décollement s'étend au loin, toujours en amincissant la peau. C'est ainsi que nous avons vu des collections de la région carotidienne supérieure s'étendre lentement et progressivement jusqu'à la clavicule, formant sous une peau amincie, sans fistule, un vaste décollement.

La syphilis ne procède pas de la même façon. Nous l'avons vu dans deux cas. Elle ulcère la peau dans toute son épaisseur et donne ainsi lieu à une escharre profonde dont les bords sont nets, taillés à pic. L'escharre s'étend en surface, en profondeur, détruit rapidement et par blocs, mettant même à nu, dans une observation de M. Ménard, une grande partie du muscle sterno-mastoïdien.

Il faut noter que dans ces cas, pouvant donner lieu à des délabrements énormes, la fonte ou la nécrose des tissus s'étend très rapidement. On pourrait se demander dans un cas, s'il ne s'est pas agi d'une gomme du sterno-mastoïdien. C'est possible, mais cliniquement au début, l'affection s'est présentée comme une masse ganglionnaire.

Entre ces cas nets de tuberculose et de syphilis qui ne peuvent se confondre, il y a place pour toute une

série intermédiaire où il s'agit d'adénopathies de petit volume, dont la suppuration, l'aspect de la fistule ne présentent aucun caractère propre.

Il est donc facile de prendre les adénopathies de l'hérédo-syphilis pour ce qu'elles ne sont pas, ou du moins pour ce qu'elles ne sont pas dans bon nombre de cas, à savoir pour des manifestations de la scrofule. D'une part, en effet, elles n'ont pas de symptômes propres ; d'autre part, elles constituent des engorgements ganglionnaires froids et indolents, tels que sont dans leur première période les ganglions tuberculeux; au stade de suppuration, certaines formes ressemblent étrangement à la tuberculose; enfin elles affectent les mêmes localisations et présentent leur maximum de fréquence au même âge, dans la seconde enfance.

Pour toutes ces raisons, la méprise est usuelle. Mais l'intérêt qui en découle pour le malade est tel que nous devons essayer d'établir le diagnostic.

Les signes locaux sont toujours excellents parce qu'ils sont cliniques et empruntés aux éléments qui constituent le facies propre des lésions, mais ils sont insuffisants parce qu'ils n'ont rien de constant et qu'ils n'ont rien d'absolu.

Ce qui demeure donc ici le plus important, c'est l'examen complet du malade.

Chez l'enfant, deux cas se présentent selon qu'il est porteur seulement d'adénopathies, ou qu'il a en même temps d'autres lésions.

Si le petit malade est amené pour une lésion osseuse

ou articulaire, c'est elle qui d'abord attire notre attention et les caractères objectifs de la lésion peuvent d'emblée indiquer que nous avons affaire à un hérédo-syphilitique. Les ostéo-périostites productives, prolifférantes, qui « font de l'os », sont assez caractéristiques pour que l'on évite l'erreur de diagnostic.

La lésion osseuse suppurée, ulcérée, avec ses caractères spéciaux est de même assez facilement reconnaissable. Trouvant chez un enfant une ou plusieurs lésions de même ordre, et une adénopathie cervicale on pourra suspecter la nature de l'adénite. Toujours, il est vrai se posera la même question : l'enfant souffre-t-il d'une infection unique à manifestations multiples sur plusieurs territoires anatomiques, ou bien plusieurs infections, syphilis et tuberculose, sont-elles coexistantes ? Réserves faites pour la possibilité de cette coïncidence, il est raisonnable d'admettre qu'il s'agit d'une seule infection et d'instituer le traitement qui, en maintes occasions, vérifiera la justesse du diagnostic.

Si l'enfant se présente uniquement avec des adénopathies cervicales, c'est alors que l'erreur peut être commise encore plus facilement. On est entraîné par routine, à le considérer comme un petit tuberculeux, et à lui prescrire le sirop iodo-tannique, l'iodure de fer ou l'huile de foie de morue en lui conseillant le séjour à la mer. Quelquefois l'habitus extérieur du petit syphilitique héréditaire est si caractéristique que le clinicien en est frappé dès l'abord, mais c'est là le cas rare, et si on peut décrire un type d'enfant qui semble prédisposé à la

tuberculose ganglionnaire, il n'en va pas de même pour le syphilitique. L'hérédo-syphilis peut se manifester chez des enfants d'aspect très différent, ce qui contribue encore à la difficulté du diagnostic.

On rencontre souvent dans la deuxième enfance un hérédo-syphilitique ayant un état général parfait ; s'il présente de grosses masses ganglionnaires, on pourrait, étant donné la belle apparence de l'enfant, mettre en doute la tuberculose ; cela n'a pas une grande valeur cependant, car on sait qu'à côté du petit lymphatique maigre et pâle, il y a des tuberculeux ganglionnaires à type floride.

Parfois au contraire, rien ne ressemble à certaines formes de tuberculose comme l'hérédo-syphilis : mauvais état général, teint terne, malades chétifs, malingres, cachectiques mêmes ; ils ont les troubles dystrophiques que peut donner l'hérédo-syphilis à la 1re ou à la 2e génération.

On ne peut donc rien présumer de l'aspect seul des malades et c'est pourquoi il faut analyser minutieusement les petits signes qu'ils présentent.

Il faut chercher chez les uns comme chez les autres les traces qu'a pu laisser une lésion ou un trouble antérieur : imperfections, arrêts de développement, difformités crâniennes et nasales, difformités osseuses des membres, cicatrices de la peau et des muqueuses, lésions oculaires, auriculaires et malformations dentaires, ces trois derniers stigmates constituant la triade d'Hutchinson.

La découverte d'un ou de plusieurs stigmates est d'autant plus utile, qu'elle permet de diriger particulièrement l'interrogatoire dans ce sens. C'est ainsi que plusieurs fois, trouvant des traces de kératite interstitielle, nous avons su par la mère que quelques mois ou quelques années auparavant, l'enfant avait eu mal aux yeux, que cela avait persisté longtemps avant qu'elle s'en inquiétât ; le médecin enfin consulté fit à l'enfant « des piqûres dans la fesse » et cela guérit, « comme par enchantement. »

Il faut attacher une grande importance à la recherche des stigmates, car il ne faut pas s'attendre à les trouver toujours réunis en grand nombre. Il arrive qu'on n'en trouve qu'un seul et nous savons même qu'on peut n'en trouver aucun.

Il est donc nécessaire de poursuivre son enquête. Une révélation, majeure en l'espèce pour le diagnostic spécial que nous recherchons est souvent fournie par l'anamnèse : il s'agit de la polymortalité des enfants. Avortements multiples, accouchements prématurés, morts en bas-âge, se succèdent dans les familles de syphilitiques d'une façon parfois effroyable.

Enfin l'enquête sur les ascendants peut permettre de découvrir la syphilis chez le père et la mère, ou tout au moins sur l'un d'eux ; sur les frères et sœurs, elle pourra apprendre que ces enfants ont présenté ou présentent tels ou tels symptômes, tels ou tels signes qui témoignent sur eux d'une infection syphilitique.

Cette enquête familiale est parfois difficile. Outre les cas où certains parents tiennent à dissimuler ce qu'ils

considèrent comme un mal honteux, la syphilis est parfois niée inconsciemment et de bonne foi, parce que les parents ont la syphilis sans le savoir ou sans savoir que ce qu'ils ont est la syphilis.

Le doute peut donc toujours persister ; c'est alors que la réaction de Wassermann, qui d'ailleurs devra dans les cas faciles être faite pour confirmer le diagnostic, sera d'un précieux secours.

Si elle est négative et que le doute subsiste, il faut recourir au diagnostic thérapeutique. Que risque-t-on ? qu'il tombe à faux ou qu'il tombe juste.

S'il tombe à faux, il sera seulement inutile ; il est inoffensif chez le tuberculeux.

On reproche à l'iodure de potassium de provoquer chez les tuberculeux des poussées congestives. Cela semble vrai chez les tuberculeux pulmonaires, mais chez les tuberculeux ganglionnaires où nous l'avons essayé, nous n'avons jamais observé le moindre trouble général ou local. D'ailleurs s'il y a lieu de craindre l'influence de l'iodure dans un cas douteux, il faut s'adresser au traitement mercuriel. Les auteurs semblent d'accord pour dire qu'il ne faut pas redouter le mercure chez les tuberculeux ; il n'est pas dépressif, il est parfois tonique.

Si le diagnostic thérapeutique tombe juste, alors il fera merveille ; il modifiera la lésion à bref délai, il la guérira.

CHAPITRE VI

Traitement

Le traitement des manifestations de la syphilis héréditaire a toujours été, à peu près, celui des accidents tertiaires de la syphilis acquise.

Il est intéressant cependant de voir qu'il a subi avec le temps quelques modifications.

Autrefois l'iodure de potassium était seul employé contre ces accidents et encore ne l'était-il qu'à très petite dose.

Fournier, tout en recourant aux frictions mercurielles et à l'iodure de potassium, insiste sur cette dernière médication. Mais il met en garde contre les doses insuffisantes : « Donc, c'est le traitement spécifique qu'en cas de doute, il faut prescrire et toujours prescrire. Et de plus, il faut le prescrire *illico et largâ manu*, c'est-à-dire sans délai, sans tergiversations, et à doses immé-

diatement élevées, énergiques, voire violentes. Car il faut *frapper vite* et *fort* dans beaucoup de ces manifestations, et cela, pour ne pas donner aux lésions gommeuses, le temps de miner et de détruire irréparablement les tissus ». Et ailleurs : « Il faut d'une part être utile *à temps* et, d'autre part, *frapper fort*, c'est-à-dire attaquer le mal séance tenante par une dose *minima* de trois à quatre grammes par jour ».

Puis l'iodure de potassium fut un peu délaissé, on lui substitua le sirop de Gibert et on employa plus largement les frictions mercurielles.

Reprochant ensuite à cette dernière méthode l'insuffisance ou la quantité inégale de mercure absorbé, on a eu recours aux injections intra musculaires de différents sels de mercure : injections de sels insolubles (huile grise, calomel); injections de sels solubles (en particulier : cyanure de mercure, biiodure de mercure, benzoate de mercure).

Enfin les injections intra-veineuses sont entrées dans la pratique courante et mettent à notre disposition un nouveau moyen d'introduire dans l'organisme des sels de mercure (le cyanure en particulier) et les préparations arsenicales : salvarsan, néo-salvarsan, galyl.

A quelle méthode et à quel médicament doit-on donner la préférence?

C'est variable suivant les cas, et les indications varient avec les lésions présentées par l'enfant, le milieu auquel il appartient, l'intelligence et le dévouement des personnes qui s'en occupent.

Nous devons considérer que les injections intraveineuses, bien que presque toujours possibles, quel que soit l'âge de l'enfant, présentent parfois chez lui quelques difficultés tenant soit à une petitesse extrême des veines, soit au manque de docilité du petit malade. Nous réservons donc les injections intraveineuses pour les cas où il y a intérêt à agir *très vite* sur des lésions ulcéreuses ou nécrosantes pouvant entraîner des pertes de substance irréparables : ostéite des os du nez, gomme du voile du palais, escharre cutanée.

Donc le plus souvent, ce sera pour une lésion associée à l'adénopathie qu'il y aura lieu de s'en servir. Cependant on peut voir une masse ganglionnaire, subir tout à coup une évolution aiguë, ulcérer la peau, former des escharres étendues, mettant à nu, comme s'il s'agissait d'une gomme, les plans musculaires profonds.

Il n'y a pas alors d'hésitation, il faut agir rapidement par les injections intra-veineuses d'une préparation arsenicale. Lorsque le processus nécrotique sera arrêté, il faudra instituer pour une durée plus ou moins longue, le traitement iodo-mercuriel.

La base du traitement antisyphilitique reste toujours le mercure, mais si l'iodure de potassium n'est souvent considéré que comme un adjuvant, c'est un adjuvant très utile. C'est un résolutif, et s'il donne de bons résultats dans les formes scléreuses de la syphilis acquise, dans la syphilis héréditaire souvent, à lui seul, il amène la guérison complète.

Doit-on employer uniquement l'iodure ou unique-

ment le mercure ? nous ne le croyons pas, à moins d'indications spéciales, telle que l'intolérance absolue du malade à l'un des médicaments. En tous cas, si l'on essaie seulement la médication iodurée, il faudra tenir compte de l'influence qu'elle exerce sur la lésion pour la continuer seule ou y adjoindre la médication mercurielle.

Plus souvent nous avons employé le traitement mixte. L'iodure de potassium nous a donné des résultats à la dose de 1 à 3 grammes par jour suivant l'âge. Nous pensons que la dose minima de 4 grammes recommandée par Fournier, lui était utile dans les lésions graves dont nous avons parlé et où nous employons les injections intra-veineuses.

Comment donner le mercure ? Quoi qu'on ait dit des frictions mercurielles, nous pensons que cette méthode ne doit pas être abandonnée et nous l'avons employée chaque fois qu'elle pouvait être bien appliquée : il faut que la friction soit faite avec soin et suffisamment prolongée.

On peut également faire des injections intra-musculaires de sels solubles. Si nous les avons utilisées pour des malades hospitalisés, nous les avons rejetées pour les malades vus à la consultation et que cela obligeait à des déplacements fréquents.

Pour ces derniers, nous avons enfin employé une préparation mixte : le sirop de Gibert. Il est facile de donner, suivant les besoins, une, deux ou trois cuillerées à soupe par jour. On lui a reproché, peut-

être à juste titre, l'insuffisance de l'iodure par rapport au mercure ; il est aisé d'y remédier en faisant entrer dans la formule une quantité double d'iodure de potassium.

CONCLUSIONS

1° Les adénopathies cervicales des enfants hérédo-syphilitiques qui ont une réaction de Wassermann positive et une réaction à la tuberculine négative, qui n'ont pas de lésions cutanées ou muqueuses des territoires lymphathiques correspondants, peuvent être, croyons-nous, directement rattachées à la syphilis. Elles constituent surtout une manifestation d'hérédo-syphilis tardive.

2° Chez les enfants hérédo-syphilitiques, ayant une réaction à la tuberculine positive, sans aucun signe clinique de tuberculose, il est difficile d'affirmer la nature des adénopathies cervicales dont ils sont porteurs ; nous croyons cependant qu'elles peuvent être et qu'elles sont souvent de nature ou d'essence syphilitique, étant donné le résultat apporté par le traitement iodo-mercuriel, qui n'améliore que peu ou pas les adénopathies tuberculeuses.

3° Il semble difficile de parler de lésions mixtes, avant que ne soient apportées de nouvelles preuves histologiques et bactériologiques.

4° Cliniquement, il n'y a pas de signe pathognomonique d'une adénopathie syphilitique.

Dans tous les cas d'adénopathie où la nature tuberculeuse n'est pas nettement démontrée soit par l'examen local (et le diagnostic avec la syphilis est parfois fort difficile) soit par l'examen général du sujet, il faut penser à l'hérédo-syphilis et on n'y pense jamais trop.

5° Après la recherche minutieuse des nombreux stigmates ou d'une autre lésion syphilitique, il est utile d'étendre autant que possible l'enquête familiale et, quel qu'en soit le résultat, de pratiquer la réaction de Wassermann.

Négative, la réaction de Wassermann n'infirme pas le diagnostic d'hérédo-syphilis. On ne doit pas négliger d'en chercher la réactivation.

Positive, elle est d'une valeur incontestable dans l'hérédo-syphilis.

Négative chez le malade, positive chez les parents ou les frères et sœurs, elle est une forte présomption et doit engager à l'essai du traitement.

6° Le traitement ioduré ou mercuriel, plus souvent le traitement mixte doit être employé contre les adénopathies des hérédo-syphilitiques.

S'il s'agit d'une adénopathie tuberculeuse, son essai est sans danger.

S'il s'agit d'une adénopathie syphilitique, le traitement approprié fera la preuve du diagnostic, en faisant

disparaître en quelques mois, des ganglions parfois volumineux ayant résisté depuis des mois ou des années à toute autre médication.

Vu :
Le Président de Thèse,
ROGER.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Andronesco et Saratzeano. — Valeur de la réaction de Wassermann dans l'hérédo-syphilis. *Presse médicale*, Paris, avril 1912.

Ancibure. — Rôle thérapeutique de l'iodure de potassium. — Th. Paris, 1908, n° 174.

Balzer. — Maladies vénériennes. *Traité de médecine* de Gilbert et Thoinot.

Barash. — Influence dystrophique de l'hérédo-syphilis. Th. Paris, 1895.

Bar et Daunay. — Recherches sur le séro-diagnostic de la syphilis chez la femme enceinte et l'enfant nouveau-né. *l'Obstétrique* 1909, p. 1, 192, 260.

Barthélemy. — Syphilis et tuberculose. *Congrès tuberculose*, Paris 1905.

— Troubles de nutrition des enfants nés de parents syphilitiques. *Congrès de Moscou*, 1897.

Bauer. — La réaction de Wassermann dans l'hérédo-syphilis. *Wien-Klin.* Wockens, 1908.

Bax. — Recherche et diagnostic de l'hérédo-syphilis dans un dispensaire d'enfants. Th. Paris 1907. n° 320.

Bazin (Er). — Leçons sur la scrofule, 1861.

Bazin. — Syphilis des nouveau-nés. Traitement par les injections intra-musc. de préparations mercurielles. Th. Paris, 1906, n° 88.

Benazet. — Syphilis héréditaire tardive des os longs. Th. Paris 1911.

Benoist. — Syphilis secondaire. Signification pronostique des adénopathies. — Th. Paris 1901.

Berre J.-J. — Hérédo-syphilis à forme fruste. Th. Paris 1899.

Bertin et Gayet. — Syphilis héréditaire et réaction de Wassermann. *Revue de méd.*, mai 1910, p. 395.

Blanchet. — Contribution à l'étude de la syphilis chez les nouveau-nés. Thèse Paris 1901.

Blanquard. — Le diagnostic précoce de l'hérédo-syphilis. Th. Lille 1907.

Blechmann G., Delort M., Tulasne A. — Résultats comparatifs de la réaction à la luétine et de la réaction de Wassermann dans la syphilis héréditaire. *Soc. de derm. et de syphil.*, juillet 1914.

Blechmann. — Valeur comparée de la réaction à la luétine et de la réaction de Wassermann dans la syphilis héréditaire. *Arch. de méd. des enfants*, avril 1915.

Bobrie (J). — Etude sur la syphilis post-conceptionnelle et l'hérédité syphilitique. Th. Paris 1911.

Boisseau. — Traitement local des gommes par les injections d'iodure de K. Th. Paris 1905.

Boissard. — Les hérédo-syphilitiques. *Presse méd.* 1904.

Bouvet. — Adénopathies tuberculeuses. Th Paris, 1899.

Bowen. — Mixed infection from tuberculosis and syphilis. *Coston med. and Surgery journal*, 1891, t. CXXV., p. 466.

Brissaud. — Tuberculoses locales. *Arch. Méd.*, 1880.

— . Article « scrofule » *in Dictionnaire de Méd. et de Chirurgie* 1882.

Brunelle. — Lésions hybrides de syphilis et de tuberculose. Th. Lille, 1889.

Brown (A). — The luetin-reaction in infancy. *American Journal of Diseases of Children*, vol. n° 3, sept. 1913.

Burnet. — Hérédo-syphilis. Système maxillo-dentaire. Th. Paris, 1899.

Burnier (R). — La cuti-réaction dans la syphilis. *Annales des maladies vénériennes*, n° 1, janvier 1914.

Calmette, Breton et Couvreur. — Application pratique de la réaction de Wassermann au diagnostic de

la syphilis chez les nouveaux-nés. *Comptes rendus Soc. de biol.* Paris, 1911, t. LXX, p. 238.

Carlès. — La micropolyadénopathie périphérique généralisée dans l'hérédo-syphilis. Th. Bordeaux, 1906.

Chambrette (A). — Tuberculose chirurgicale infant. chez les hérédo-syphilitiques et traitement mercuriel. Th. Paris, 1909, n° 103.

Chassagne. — Traitement par les injections intra-musculaires de sels solubles de mercure chez le nouveau-né. Th. Paris, 1909.

Clutton. — Symetrical synovitis of the knee in hereditary syphilis. *The lancet*, 27 février, 1886, p. 391.

Colas. — De la nature des adénites externes dites scrofuleuses. — Th. Lille 1881.

Debonnesset. — Syphilis héréditaire et tuberculose. Diagnostic différentiel entre les manif. osseuses et articulaires. — Th. Paris 1908. n° 474.

De Dominicis (de Naples). — Syphilis et tuberculose. *Congrès tuberculose* 1905.

De Massaloux-Lamonnerie. — Les manifestations oculaire de la syph. héréd. tardive. — Th. Paris, 1883.

De Motel. — Tuberculose syphilitique. — *Union médicale* 1878. t. XXVI, p. 864.

Diard. — Syphilis héréditaire. Manifestations gommeuses. — Th. Paris 1900.

Doyen. — Les altérations du système lymphatique ganglionnaire chez les enfants atteints de syphilis héréditaire. *Archives gén. de médecine* 1883.

Dragoesco. — Atrophie générale, sans lésions syphilitiques apparentes chez les enfants hérédo-syphilitiques. — Th. Paris 1913.

Duncan-Bulkley. — Syphilis and associated infections. *Congrès int. méd.* 1900. *Sect. dermat et syphilis.* p. 654.

Étienne. — Association de la syphilis et de la tubercu-

lose. — *Ann. de dermat. et de syphil.* 189 , p. 712.

Ferrand et J. Lemaire. — La cuti-réaction à la tuberculose chez les enfants. *Presse médicale*, 20 septembre 1907.

Fournier (A.) — La syphilis héréditaire tardive, 1886.

— Discussion du rapport syphilis et infections associées. *Congrès int. méd.*, 1900. *Sect. derm. et syphil.*

— De l'influence dystrophique de l'hérédo-syphilis. *Médecine moderne*, 1890.

— Les familles hérédo-syphilitiques. *Gazette des Hôp.* Paris 1893.

— Le stigmate de l'hérédo-syphilis. *Presse méd.* Paris, 1894.

— Traité de la syphilis, 1906.

Fournier (Éd). — Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis. — Th. Paris, 1897, n° 391.

— Contribution à l'étude des dystrophies de la 2e génération. *Congrès int. méd.*, 1900, *sect. de dermat. et syphil.*, p. 360.

— Recherche et diagnostic de l'hérédo-syphilis tardive, 1907.

Gastou. — La scrofule, chez Doin, Paris, 1904.

— Syphilis héréditaire et hérédité syphilitique. *Congrès int. méd. de Lisbonne*, 1906-1907.

Gaucher (E). — Les manifestations viscérales de l'hérédo-syphilitique secondaire. *Gaz. des Hôp.*, décembre 1904, p. 1393.

— La syphilis héréditaire. *Bulletin Médical*, Paris 1904.

— Comment on doit traiter les enfants hérédo-syphilitiques. *Médecine moderne*, Paris 1910.

— Leçons sur le traitement de la syphilis. *Presse médicale*, 1912, t. XX, p. 425.

Gaucher (E), Paris et Sabaréanu. — La réaction de fixation chez les syphilitiques au point de vue diag-

nostique, thérapeutique et pronostique. *Bull. Soc. méd. des hôp.*, 11 février 1910.

Génevrier. — Nicolas Chambon de Montaux. Th. Paris, 1906.

Girauld. — La syphilis héréditaire congénitale et le spirochète pâle de Schaudin. Th. Paris, 1909.

Guibout. — La syphilis chez les scrofuleux. *Gaz. des hôp*, 1881, p. 228.

Hallopeau. — Syphilis et infections associées. Congrès interne méd. 1900. *Sect. derm. et syphil.*, p. 667.

Hanot. — Article « Tuberculose » *in Dictionnaire méd. et chir.*, 1884.

Haushalter. — La syphilis infantile à la clinique des maladies des enfants. *Soc. de méd. de Nancy* 1899-1900.

Hutchinson. — La descendance des hérédo-syphilitiques. *Cong. int. de méd.* 1900. *Sect. derm. et syphil. p.* 302.

Hutinel. — Maladies des enfants.

— Manifestations de la syphilis héréditaire chez le nouveau-né. *Journ. de méd. interne.* Paris 1908, p. 301.

Jeanselme. — Mécanisme et caractère de l'hérédo-syphilis. *Corresp. méd.* Paris 1900, p. 370.

— Hérédo-syphilis. *Revue gén. de clinique et de thérapeutique.* Paris 1910, p. 180.

— Syphilis et nourrisson. *Journ. de méd. de Paris* 1913 2e série, t. XXV. p. 199.

Joltrain. — Nouvelles méthodes de séro-diag. 1911. Maloine éditeur.

— Valeur séméiologique de la réaction de Wassermann. *Paris médical*, 4 mars 1911, 23 mai 1912.

— La luétine-réaction. *Annales de médecine.* n° 3, 5 mars 1914.

Joubert. — Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire chez l'enfant. — Thèse Montpellier, 1903.

Jullien. — La descendance des hérédo-syphilitiques *Congrès intern. de Méd.* Paris 1900. *Sect. de derm. et de syph.* p. 322.

Kopp. — Tumeurs blanches et réaction de Wassermann. Th. Paris, n° 57.

Lalouette. — Traité des scrofules, 1780.

Landouzy. — Conférences cliniques de la Charité 1881.

Laurent. — Utilité des hautes doses d'iodure de potassium. — Th. Paris 1899.

Lefèvre. — La syphilis chez les scrofuleux. — Th. Paris 1881.

Legrain. — Notes sur l'influence dystrophique de l'hérédité syphilitique. *Ann. de dermat. et de syphil.* Paris 1898, p. 576.

Leloir. — Combinaison de la scrofulo-tuberculose et de la syphilis. *Congrès pour l'étude de la tuberc.* 1891, p. 163.

Lemaire. — Recherches sur la cuti-réaction à la tuberculine en particulier chez les enfants. — Thèse Paris, 1909.

Lereboullet P. — Les réactions cutanées à la tuberculine. *Progrès médical*, 13 février 1909.

Lerenard. — Courbe alimentaire, valeur dans l'hérédo-syphilis. Th. Paris, 1908, n° 130.

Lernout. — Syphilis héréditaire sans exanthème. Th. Paris, 1904.

Leroux et Labbé. — Séro-diagnostic de l'hérédo syphilis infantile et familiale. *Arch. de méd. des enfants.* Paris, 1911, t. XIX, p. 881.

Levaditi. — L'histologie pathologique de la syphilis héréditaire dans ses rapports avec le spirochaete pallida. *Ann. des malad. vénér.*, Paris, 1906, p. 22.

Lévy et Bing. — Traitement de la syphilis chez les nourrissons. *L'enfance*, Paris, 1913, t. I. p. 28.

Mantoux (Ch). — Intra-dermo-réaction a la tuberculine. *Académie des Scienc.*, 10 août 1908.

Marfan. — Contribution à l'étude histologique des gommes syphilitiques et des lésions tertiaires en général. *Ann. de Derm. et de syphil.*, sept. 1896.

— Syphilis héréditaire. *Presse médicale*, 1898.

— Syphilis héréditaire. *Pédiatrie pratique*, Lille, 1909, page 260.

Ménard. — Syphilis tertiaire congénitale ou acquise des ganglions du cou. 25e *Cong. franç. de Chir.*, 1912.

Mery. — Syphilis héréditaire. *Revue gén. de Clin. et de Thérap.* Paris, 1903, p. 455.

Métayer. — Les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire tardive. Th. Paris, 1903, n° 243.

Mikailowski (Mme Anne). — Syphilis et affections congénitales du cœur. — Th. Paris, 1913, N° 131.

Milian. — Réactiv. biol. de la réaction de Wassermann. *Bulletin de la soc. de derm.*, décembre 1910, mars et juilllet 1911. *Paris médical*, août 1911.

Milian et Girault. — Réactivation biologique de la réaction de Wassermann. *Bulletin de la soc. méd. des hôpitaux*, 29 déc. 1911.

Moussous. — Remarques sur l'hérédo-syphilis. *France méd.*, Paris 1895, p. 587.

— Remarques sur 52 cas d'hérédo-syphilis. *Congrès période. de gynéc., d'obst. et de péd.*, 1894, p. 771.

Nicolas et Charlet. — A propos de la réactivation de la réaction de Wassermann. *Lyon méd.*, 30 juin 1912.

Nicolas et Favre. — Histologie pathologique des syphilides tertiaires cutanées. *Annales des mal. vénériennes*, juin 1907.

Noguchi (H.). — La luétine-réaction. *Presse méd.* n° 76 17 septembre 1913.

Pascalidès. — Syphilis et tumeurs blanches. — Thèse Paris 1904.

Patoir (G.). — Syphilis et tuberculose. Influence spéciale de la syphilis sur certaines formes de tuberculose, scrofulo-tuberculose. *Presse médicale*, 16 janvier 1911.

Perret. — Syphilis héréditaire. Mémoires et comp-

les-rendus. Soc. des sc. méd. de Lyon, 1880-90, p. 267.

Petges. — A propos de la réaction de Wassermann. *Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, 11 février, 1912.

Philbert (M.). Aspects radiographiques de syphilis héréditaire, tub., et ostéomyélite diaphysaire des os longs. — Th. Paris 1912-12.

Pillon. — Réaction de Wassermann chez le nouveau-né. Lyon médical, 1911, CXVII, p. 112.

Pinard. — Que doit-on comprendre par cette dénomination, la syphilis héréditaire ? *Bull. Acad. méd.* Paris 1809, p. 123.

Pinard (Marcel) — L'immunité dans la syphilis. — Th. Paris 1910.

Potier. — Polyadénite chronique périphérique chez les enfants. — Th. Paris 1894.

— De la micropolyadénie dans la tuberculose infantile, au double point de vue histologique et pathogénique. Congrès de la tuberculose, 1905, III^e^ section.

Quinquaud. — De la scrofule dans ses rapports avec la tuberculose. — Thèse agrégation Paris 1883.

Ramonat. — La syph. chez les scroful. — Th. Paris 1884.

Raymond. — L'hérédité dans la syphilis. — *Progrès médical.* Paris 1899. p. 113.

Reichenecker (Mlle. M.). — L'adénite sus-épitrochléenne : sa valeur diagnostique dans la syphilis héréditaire du nourisson et de l'enfant. — Th. Paris, 1914. n° 346.

Renard. (L.) — Réactivation biologique de la réaction de Wassermann, dans la syphilis héréditaire. — Th. Paris 1912 n° 42.

Richard. — Des stigmates d'hérédo-syphilis tant spécifiques que dystrophiques. *Revue intern. de méd.*

et de chirurgie. Paris 1900. p. 271.

Robin. — Syphilis infantile. — Th. Paris 1902.

Rudaux — Des manifestations hérédo-syphilitiques du nouveau-né. *Clinique*, Paris 1910, p. 424.

Russell. — Traité de la scrofule 1808.

Sabrazès et Dupérié. — Nouv. contribution à l'étude anatomo-pathol. et microb. de l'hérédo-syphilis des nourrissons. *Gaz. méd. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1913, p. 243.

Sergent. — Syphilis et tuberculose. *Archives gén. de méd.*, Paris, 1905.

Sevestre. — Syphilis héréditaire des enfants du premier âge, sang et org. hématopoiétiques. — Thèse Paris, 1911.

Thaon. — La tuberculose dans ses rapports avec la scrofule. *Progrès médical*, 12 janvier 1878.

Thomsen et Boas. — *Berlin. Klin. Wochens*, 1909, p. 539.

Tissier et Girauld. — Syphilis congénitale. — *Bulletin soc. d'obst. de Paris*, 1908, p. 2.

Touraine. — Les anticorps syphilitiques. Essai de séro-agglutination de la syphilis. — Th. Paris, 1911.

Tronchon. — Dentition hérédo-syphilis. — Th. Paris, 1906, n° 128.

Velpeau. — Article « Adénite » *in Dictionnaire de Dechambre*.

Verneuil. — Modifications of syphilis in the tuberculous. *Srans int. med. congres*, *London*, 1881.

Voisin. — Réactivation biologique par l'hectine. *Paris médical*, 23 mai 1912.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 15

CHAPITRE I. — Evolution de la question 19

I. la scrofule 20
II. la syphilis héréditaire 27
III. rapports de la scrofulo-tuberculose et de l'hérédo-syphilis 31

CHAPITRE II. — Etude des réactions biologiques de diagnostic.

I. Syphilis : *a*) Réaction de Wassermann. 37
b) Luétine-réaction 43
II. Tuberculose : *a*) Cuti-réaction 51
b) intra-dermo-réaction. 53

CHAPITRE III. — Observations 57

CHAPITRE IV. — Discussion.

I. Malades présentant une réaction à la tuberculine négative 85
II. Malades présentant une réaction à la tuberculine positive 89
III. Existe-il des lésions mixtes ?.. 91
Arguments d'ordre anatomo-pathologique 94
Arg. d'ordre bactériologique.. 98
Arg. d'ordre thérapeutique 100

Chapire V. — Diagnostic..... 105
Chapitre VI. — Traitement..... 115
Conclusions..... 121
Bibliographie..... 125

Imprimerie spéciale de la Librairie Ollier-Henry, 26, rue Monsieur-Leprince. - PARIS.